

FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO



INSTITUTO SUPERIOR
BISSAYA BARRETO

DEPENDÊNCIA NO IDOSO: FACTORES DETERMINANTES

Renato Miguel Barra Assunção

Dissertação orientada pela
Prof. Doutora Maria Helena Gomes dos Reis
para a obtenção do grau de Mestre
em Gerontologia Social

COIMBRA, MAIO 2010

“É preciso chegar activo à idade avançada, não lamentar o envelhecimento,
mas encará-lo como uma celebração da sabedoria”

Alexandre Kalache

AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado àqueles que deram uma contribuição pessoal e importante para a realização deste estudo. A todos eles aqui deixo o meu agradecimento sincero e profundo. Tenho muito a agradecer:

À Professora Doutora Helena Reis pela disponibilidade e interesse desde logo demonstrado na orientação dispensada ao longo deste projecto de investigação, pela confiança, motivação e rigor que permitiram que este trabalho fosse desenvolvido.

Aos idosos que amavelmente participaram no meu estudo.

Aos responsáveis das seguintes instituições, que me concederam a autorização para a realização do trabalho nas mesmas: Santa Casa de Misericórdia de Semide; Cruz Vermelha Portuguesa – delegação de Pereira; Santa Casa Misericórdia de Coimbra; Celium; Santa Casa de Misericórdia de Pereira; Obra Social Torre de Vilela; Eterno Paraíso; Casa dos Pobres; Graça de São Filipe; Solar Billadones; Naturidade; Caritas; Residências Montepio.

Aos técnicos de Serviço Social, Animação Sociocultural, Psicólogos, Enfermeiros, Ajudantes Familiares, Motoristas e outros, pela extraordinária colaboração na realização da colheita de dados, a qual foi essencial para a prossecução dos meus objectivos.

Ao meu colega e amigo Ricardo Ferreira, pela sua prestimosa colaboração no esclarecimento de dúvidas na análise dos dados, determinante para o rigor científico deste trabalho.

Aos meus pais pelo apoio permanente e incondicional a todos os níveis, que me permitiram e incentivaram a poder continuar.

RESUMO

PALAVRAS-CHAVE:

Grau de dependência; Suporte social formal; População idosa; Factores determinantes; Qualidade de vida

O objectivo deste trabalho de investigação foi determinar quais os factores determinantes que influenciam o grau de dependência nos idosos com suporte social formal. Partiu-se do pressuposto que este estudo permitirá uma intervenção atempada e preventiva/otimizadora desta condição tão frequente na população idosa e que tem implicações significativas na sua qualidade de vida.

A investigação realizada insere-se no âmbito dos estudos quantitativos, do tipo descritivo. Os dados foram colhidos numa amostra de 96 elementos de uma população idosa com suporte social formal no Distrito de Coimbra. O grau de dependência foi avaliado através da Escala de Barthel Modificada – versão de 1989, adaptada e validada por Colaço, C., Loução, R. & Pereira, J. (1998).

Relativamente ao grau de dependência da amostra desta população idosa verificou-se que cerca de 21% dos idosos são independentes, 48% são dependentes ligeiros e 31% são dependentes graves. O grau de dependência assume uma distribuição não normal, não simétrica, mas mesocúrtica.

Ao analisarmos os dados obtidos, verificou-se que a dependência se encontra intimamente relacionada com os factores determinantes: estado civil; internamentos hospitalares; doenças neurológicas; resposta social formal; atitudes face ao envelhecimento; serviços de apoio formal; estado nutricional; e saúde percebida, numa relação de causa-efeito. No entanto, não ficou claramente demonstrado que a idade, género, habilitações literárias, estatuto socioeconómico e rendimento *per capita* dos idosos contribuam para a dependência nos mesmos.

A relação verificada entre o grau de dependência e os factores determinantes referidos anteriormente realça a multicausalidade biopsicossocial inserida no conceito de dependência, o que vislumbra a necessidade de uma intervenção multidisciplinar e integradora dos técnicos de saúde em Gerontologia.

ABSTRACT

KEYWORDS:

Degree of dependence; Formal social support; Elderly population; Determinant factors; Quality of life

The objective of this research is to determine which determinant factors influence the degree of dependence in elderly people with formal social support. Started from the assumption that this study will enable early intervention and preventive / optimize this condition is so common in the elderly and has significant implications on their quality of life.

The research falls within the quantitative studies, a descriptive. Data were collected on a sample of 96 elements of an elderly population with formal social support in the district of Coimbra. The degree of dependence was assessed by the Modified Barthel Scale - 1989 version, adapted and validated by Colaço, C., crunk, R. & Pereira, J. (1998).

On the degree of dependence of the sample of elderly people found that about 21% of the elderly are independent, 48% are dependent on light and 31% are severely dependent. The degree of dependence assumes a normal distribution does not symmetrical, but mesocúrtica.

By analyzing the data obtained it was found that the dependence is closely related determinants: marital status; hospital admissions; neurological diseases; formal social response; attitudes towards aging; formal support services; nutritional status; and perceived health in a relationship cause-effect. However, there have not clearly demonstrated that age, gender, education, socioeconomic status and *per capita* income of the elderly people contribute to dependence on the same.

The correlation between the degree of dependence and the determinant factors outlined above highlights the multiple biopsychosocial inserted into the concept of dependency, which sees the need for a multidisciplinary and integrated intervention of the health technicians in Gerontology.

ÍNDICE

ÍNDICE DE GRÁFICOS	8
ÍNDICE DE QUADROS	9
ÍNDICE DE SIGLAS	11
INTRODUÇÃO	12
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	16
1. ENVELHECIMENTO.....	16
1.1 <i>O ENVELHECIMENTO COMO UM PROCESSO MULTIFACETADO</i>	<i>17</i>
1.1.1 ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO	18
1.1.2 ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO.....	22
1.1.3 ENVELHECIMENTO SOCIAL	27
1.2 <i>ENVELHECIMENTO DEMOGRAFICO</i>	<i>32</i>
1.3 <i>ENVELHECIMENTO ACTIVO</i>	<i>37</i>
2. ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA.....	43
2.1 <i>DIMENSÃO BIOLÓGICA.....</i>	<i>47</i>
2.2 <i>DIMENSÃO PSICOLÓGICA</i>	<i>53</i>
2.3 <i>DIMENSÃO SOCIAL.....</i>	<i>58</i>
PARTE II – METODOLOGIA.....	68
1. FINALIDADES E OBJECTIVOS	68
2. MODELO DE ANÁLISE	69
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	72
PARTE III – ANÁLISE, DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS	77
1. ANÁLISE DESCRITIVA.....	77
1.1 <i>VARIÁVEL DEPENDENTE</i>	<i>77</i>
1.2 <i>VARIÁVEIS INDEPENDENTES</i>	<i>80</i>
1.2.1 VARIÁVEIS BIOLÓGICAS	81
1.2.2 VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS	85
1.2.3 VARIÁVEIS SOCIAIS.....	97
2. ANÁLISE INFERENCIAL	109
2.1 <i>RELAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA E AS VARIÁVEIS BIOLÓGICAS</i>	<i>110</i>
2.2 <i>RELAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA E AS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS....</i>	<i>113</i>

2.3 <i>RELAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA E AS VARIÁVEIS SOCIAIS</i>	115
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	123
CONCLUSÃO	130
BIBLIOGRAFIA	132
ANEXOS	
ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS (FORMULÁRIO)	
ANEXO B – MINI-MENTAL STATE (VERSÃO PORTUGUESA)	
ANEXO C – ESCALA DE WARNER (AVALIAÇÃO ESTATUTO SOCIOECONÓMICO PARA PORTUGAL)	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Descrição das frequências relativas quanto ao <i>Grau de Dependência</i> por grupo.....	79
Gráfico 2: Distribuição do <i>Grau de Dependência</i> da amostra.....	80
Gráfico 3: Descrição das frequências relativas da <i>Idade</i> por grupo.....	82
Gráfico 4: Descrição das frequências relativas do <i>Género</i>	83
Gráfico 5: Descrição das frequências relativas das <i>Doenças Crónicas</i>	83
Gráfico 6: Descrição das frequências relativas do <i>Estado Nutricional</i> por grupo.....	84
Gráfico 7: Descrição das frequências relativas da <i>Solidão</i> por grupo.....	86
Gráfico 8: Descrição das frequências relativas da <i>Agitação</i> por grupo.....	87
Gráfico 9: Descrição das frequências das <i>Atitudes face envelhecimento</i> por grupo.....	88
Gráfico 10: Descrição das frequências relativas da <i>Saúde Física</i> por grupo.....	89
Gráfico 11: Descrição das frequências relativas do <i>Actividade física</i> por grupo.....	90
Gráfico 12: Descrição das frequências relativas da <i>Actividade mental</i> por grupo.....	91
Gráfico 13: Descrição das frequências relativas da <i>Condição física</i> por grupo.....	92
Gráfico 14: Descrição das frequências relativas de <i>Problemas de sono</i> por grupo.....	93
Gráfico 15: Descrição das frequências relativas da <i>Audição</i> por grupo.....	94
Gráfico 16: Descrição das frequências relativas do <i>Visão</i> por grupo.....	95
Gráfico 17: Descrição das frequências relativas do <i>consumo de Tabaco</i> por grupo.....	96
Gráfico 18: Descrição das frequências relativas do <i>consumo de Álcool</i> por grupo.....	97
Gráfico 19: Descrição das frequências relativas do <i>Estado Civil</i> por grupo.....	98
Gráfico 20: Descrição das frequências relativas das <i>Habilitações Literárias</i> por grupo.....	100
Gráfico 21: Descrição das frequências relativas do <i>Estatuto Socioeconómico</i> por grupo.....	101
Gráfico 22: Descrição das frequências relativas do <i>Rendimento per capita</i> por grupo.....	103
Gráfico 23: Descrição das frequências relativas da <i>Resposta Social Formal</i>	104
Gráfico 24: Descrição das frequências relativas dos <i>Serviços Apoio Formal</i>	104
Gráfico 25: Descrição das frequências relativas dos <i>Internamentos Hospitalares</i> por grupo.....	106

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Descrição das medidas de tendência central do <i>Grau de Dependência</i>	78
Quadro 2: Descrição das frequências do <i>Grau de Dependência</i> por grupo.....	79
Quadro 3: Teste de Normalidade da distribuição do <i>Grau de Dependência</i>	79
Quadro 4: Distribuição do <i>Grau de Dependência</i> quanto à simetria e achatamento.....	80
Quadro 5: Descrição das medidas de tendência central da <i>Idade</i>	81
Quadro 6: Descrição das frequências da <i>Idade</i> por grupos.....	81
Quadro 7: Descrição das frequências do <i>Gênero</i>	82
Quadro 8: Descrição das frequências do <i>Estado Nutricional</i> por grupo.....	84
Quadro 9: Descrição das medidas de tendência central das dimensões do <i>Ânimo</i>	85
Quadro 10: Descrição das frequências da <i>Solidão</i> por grupo.....	86
Quadro 11: Descrição das frequências da <i>Agitação</i> por grupo.....	86
Quadro 12: Descrição das frequências da <i>Atitudes face ao envelhecimento</i> por grupo.....	87
Quadro 13: Descrição das frequências da <i>Saúde Física</i> por grupo.....	88
Quadro 14: Descrição das frequências da <i>Actividade física</i> por grupo.....	89
Quadro 15: Descrição das frequências da <i>Actividade mental</i> por grupo.....	90
Quadro 16: Descrição das frequências da <i>Condição física</i> por grupo.....	91
Quadro 17: Descrição das frequências de <i>Problemas de sono</i> por grupo.....	92
Quadro 18: Descrição das frequências da <i>Audição</i> por grupo.....	93
Quadro 19: Descrição das frequências da <i>Visão</i> por grupo.....	94
Quadro 20: Descrição das frequências do <i>consumo de Tabaco</i> por grupo.....	95
Quadro 21: Descrição das frequências do <i>consumo de Álcool</i> por grupo.....	96
Quadro 22: Descrição das frequências do <i>Estado Civil</i>	97
Quadro 23: Descrição das frequências do <i>Estado Civil</i> por grupo.....	98
Quadro 24: Descrição das frequências das <i>Habilitações Literárias</i>	99
Quadro 25: Descrição das frequências das <i>Habilitações Literárias</i> por grupo.....	99
Quadro 26: Descrição das frequências do <i>Estatuto Socioeconómico</i>	100
Quadro 27: Descrição das frequências do <i>Estatuto Socioeconómico</i> por grupo.....	101
Quadro 28: Descrição das medidas de tendência central do <i>Rendimento per capita</i>	102
Quadro 29: Descrição das frequências do <i>Rendimento per capita</i> por grupo.....	102
Quadro 30: Descrição das frequências da <i>Resposta Social Formal</i>	103
Quadro 31: Descrição das medidas de tendência central dos <i>Internamentos Hospitalares</i>	105

Quadro 32: Descrição das frequências das <i>Internamentos Hospitalares</i> por grupo.....	105
Quadro 33: Descrição das frequências dos elementos da amostra por grupo (grau de dependência) consoante as variáveis independentes (N=96).....	106
Quadro 34: Resultado do teste de Mann-Whitney para a variável independente <i>Idade</i>	110
Quadro 35: Resultado do teste de Mann-Whitney para a variável independente <i>Género</i>	111
Quadro 36: Resultados do teste de Mann-Whitney para a variável independente <i>Doenças crónicas</i>	111
Quadro 37: Matriz de correlações bivariadas de Spearman para a variável independente <i>Estado nutricional</i>	112
Quadro 38: Resultado do teste de Kruskal-Wallis para a variável independente <i>Estado nutricional</i>	113
Quadro 39: Resultados do teste de Mann-Whitney para a variável independente <i>Estado de ânimo</i>	114
Quadro 40: Resultados do teste de Mann-Whitney para a variável independente <i>Saúde percebida</i>	115
Quadro 41: Resultado do teste de Mann-Whitney para a variável independente <i>Estado civil</i>	116
Quadro 42: Resultado do teste de Mann-Whitney para a variável independente <i>Habilidades literárias</i>	116
Quadro 43: Resultado do teste de Mann-Whitney para a variável independente <i>Estatuto socioeconómico</i>	117
Quadro 44: Resultado do teste de Mann-Whitney para a variável independente <i>Rendimento per capita</i>	118
Quadro 45: Resultado do teste de Mann-Whitney para a variável independente <i>Internamentos hospitalares</i>	118
Quadro 46: Resultado do teste de Kruskal-Wallis para a variável independente <i>Resposta social formal</i>	119
Quadro 47: Resultados do teste de Mann-Whitney para a variável independente <i>Serviços de Apoio Formal</i>	120
Quadro 48: Resultados dos testes utilizados para testar as hipóteses formuladas (N=96).....	120

ÍNDICE DE SIGLAS

ABREVIATURAS

nº - número.

SIGLAS

CD – Centro de Dia.

DGS – Direcção Geral Saúde.

DL – Decreto-lei.

DN – Despacho Normativo.

H – Hipótese

INE – Instituto Nacional Estatística.

ISS – Instituto Segurança Social.

LRI – Lar ou Residência de Idosos.

OMS – Organização Mundial Saúde.

SAD – Serviço Apoio Domiciliário.

SMN – Salário Mínimo Nacional

SPSS – Statistic Program for Social Sciences

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção.

SÍMBOLOS

% - Percentagem

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios. Dado que este aumento da longevidade, só por si não garante um aumento da qualidade de vida, em que uma vida mais longa é acompanhada de saúde, participação e segurança, adoptou-se recentemente o conceito de envelhecimento activo para conceptualizar o processo de conquista desta visão (Organização Mundial de Saúde, 2002). Rowe e Kahn (1998), citado por Paúl e Fonseca (2005), diferenciam três domínios do envelhecimento activo, traduzindo a capacidade de manter as seguintes características essenciais: baixo risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença; funcionamento físico e mental elevado; envolvimento/compromisso activo com a vida.

No pólo oposto do conceito de envelhecimento activo, surge-nos a noção de dependência, e como refere Figueiredo (2007) esta definição de dependência encerra a existência de três factores: a existência de uma limitação física, psíquica ou intelectual que compromete determinadas capacidades; a incapacidade para realizar por si as actividades de vida diária; a necessidade de assistência ou cuidados por parte de terceiros.

Segundo Moore, Moseley & Palmer (2009), os adultos idosos enfrentam uma grande variedade e uma prevalência elevada de problemas de saúde físicos e cognitivos que podem afectar adversamente a capacidade para um funcionamento independente. O desempenho funcional encontra-se bastante individualizado e pode variar com base em factores como a cultura, a situação socioeconómica e a presença de problemas de saúde. Paúl (2005), com base em vários estudos, sumaria que a dependência, sendo uma combinação de factores biológicos e cognitivos, resulta da idade, do estatuto socioeconómico, da capacidade subjectiva e dos estilos de vida dos indivíduos, ou seja, os idosos mais autónomos são os que têm maior capacidade física e mental, parecendo comprovar-se empiricamente a concorrência de factores biopsicossociais para envelhecer de forma independente.

Iniciou-se assim este trabalho de investigação, admitindo como motivação para a sua realização, a necessidade de validar empiricamente a relação entre alguns factores de ordem biopsicossocial e a dependência na idade avançada, considerando que a bibliografia

nem sempre é consensual em relação a estes dados e por outro lado alguns dos estudos referidos não haviam ainda sido realizados em Portugal, daí a pertinência do mesmo.

Este estudo teve como finalidade a compreensão e construção de um modelo explicativo da dependência do idoso, cuja aplicação possa ajudar a prevenir precocemente a dependência, possibilitando assim que os idosos portugueses beneficiem de uma melhor qualidade de vida, problema cada vez mais actual na área da Gerontologia e simultaneamente no seio da Enfermagem Geriátrica.

Neste sentido desenvolveu-se uma investigação centrada nos seguintes objectivos:

- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pela sua idade;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pelo seu género;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pelas suas doenças crónicas;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pelo seu estado nutricional;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pelo seu estado civil;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pelas suas habilitações literárias;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pelo seu rendimento *per capita*;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pelo seu estatuto socioeconómico;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pela resposta social formal;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pelos serviços de apoio formal;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pelos internamentos hospitalares;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pela sua saúde percebida;

- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pela sua satisfação de vida/ânimo.

A pesquisa, de carácter descritivo, pretende aferir a capacidade funcional dos idosos e tentar comprovar as hipótese estabelecidas, a partir de uma amostra de 96 idosos, recolhidos de uma população universo de idosos com suporte social formal do distrito de Coimbra, através da técnica de amostragem não probabilística por quotas. A técnica de recolha de dados utilizada foi o inquérito por formulário (Anexo A), adoptando uma metodologia quantitativa na análise dos mesmos. A aproximação ao terreno ocorreu entre Novembro de 2009 e Janeiro de 2010, implementando um procedimento de coorte transversal.

Estruturalmente este relatório de investigação organiza-se em três partes fundamentais. A primeira é reservada ao enquadramento teórico, a segunda à explanação das opções metodológicas e a última aos resultados e à sua discussão.

De uma forma mais detalhada, na Parte I, intitulada enquadramento teórico-conceptual, aborda-se a questão do envelhecimento e a dependência no quadro deste processo.

Considerado como um processo multifacetado, o envelhecimento regista-se de uma forma individual a três níveis: biológico, com alterações anatomo-fisiológicas; psicológico, com o declínio cognitivo; e social, onde as mudanças englobam as perdas ao nível profissional e familiar. Ao nível interindividual o envelhecimento demográfico é uma realidade inverosímil, considerado um fenómeno mundial, mas particularmente nos países desenvolvidos, decorrente do aumento da esperança de vida e da baixa fecundidade, com um aumento absoluto e relativo dos idosos e nomeadamente dos muito idosos e que por isso tem repercussões a médio longo prazo que é preciso atender. Neste contexto, desenvolve-se também nesta parte o conceito de envelhecimento activo da Organização Mundial de Saúde, como resposta à problemática das consequências socioeconómicas do envelhecimento demográfico, dada a relevância política que assumiu nestes últimos anos.

Quanto à dependência no quadro do envelhecimento, verifica-se que dada a sua multicausalidade, perspectiva-se que o estudo da mesma exija uma abordagem biológica, psicológica e social, no sentido em que concorrem uma multidiversidade de factores das referidas ordens para o declínio funcional dos idosos.

Na Parte II, denominada metodologia, centram-se as questões relacionadas com a metodologia utilizada no estudo desenvolvido, em que se define as finalidades e objectivos do estudo, o modelo de análise, onde se explanam as variáveis e as hipóteses formuladas e por fim os procedimentos metodológicos identificando-se as técnicas de amostragem, de recolha de dados e de análise dos mesmos.

Na última parte, Parte III, desenvolve-se a análise, discussão e interpretação dos resultados, que se subdivide: a) na análise descritiva/univariada, em que se caracteriza a amostra seleccionada; b) na análise inferencial, em que se testam as hipóteses estabelecidas; c) na discussão dos resultados, onde se contrapõem os resultados empíricos e a literatura científica referenciada.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1. ENVELHECIMENTO

O estudo do envelhecimento começou a ganhar um estatuto científico sobretudo a partir da década de `80, quando surgiram os primeiros manuais com a sistematização dos conhecimentos disponíveis sobre os idosos e sobre o processo de envelhecimento, tendo logo aí começado a perceber-se que uma visão pluridisciplinar do fenómeno era essencial, embora com isso se perdesse a potencialidade teórica de emergência de um modelo explicativo, com uma linguagem única (Paúl, 2001, citado por Fonseca, 2006,a)). No entanto, Jacob (2001), citado por Faria & Salgueiro (2005), refere que as questões do envelhecimento já se reportam a 1903, quando Metchnikov define a Gerontologia como a ciência que estuda a velhice e em 1909, Nascher diz que a Geriatria é a ciência que estuda igualmente a velhice, mas em termos médico-sanitários. Segundo Fernández-Ballesteros (2000), é numa base multidisciplinar que a Gerontologia estuda os fundamentos biológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento, sendo que os respectivos objectos de estudo sejam de difícil diferenciação, tornando pertinente a necessidade de se caminhar para abordagens integradoras das problemáticas que se colocam no estudo deste fenómeno.

O envelhecimento é considerado, por Birren (1995), citado por Paúl (2005), como um processo ecológico, uma interacção entre organismos com um determinado património genético e diversos meios físicos e sociais, sendo que, o aumento da longevidade, no século XX, de 45 para 75 anos, aproximadamente, teve mais a ver com as mudanças económicas, tecnológicas e sociais, do que propriamente com mudanças do património genético da população, o que significa que os factores biológicos e genéticos não asseguram a expressão óptima do desenvolvimento humano. Esta dependerá também de aspectos históricos, sociais e culturais. De acordo com Jacob (2001), citado por Faria & Salgueiro (2005), o envelhecimento é um processo biológico progressivo e natural, caracterizado pelo declínio das funções celulares e pela diminuição da capacidade funcional, que é vivido de forma variável de acordo com o contexto social de cada indivíduo. Na perspectiva da Direcção Geral Saúde (2006), o envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressiva da estrutura biológica,

psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida.

É importante, pois, conhecer os processos e mecanismos básicos do envelhecimento humano, como também, é igualmente importante conhecer os idosos enquanto membros de uma população cada vez mais envelhecida e todas as questões relativas à idade, enquanto dimensão social e política.

1.1 O ENVELHECIMENTO COMO UM PROCESSO MULTIFACETADO

A conquista do tempo é, sem dúvida, um dos maiores feitos da humanidade, no entanto, convém salientar que o processo de envelhecimento revela profundas disparidades entre os indivíduos, tratando-se de um processo idiossincrático. Consiste num processo complexo de evolução biológica dos organismos vivos, mas também um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano. Face a um corpo que muda e vai sofrendo alterações funcionais e de papéis sociais, é necessário uma plasticidade constante, na busca de novos equilíbrios (Figueiredo, 2007).

Segundo Figueiredo (2007), embora o processo de envelhecimento seja extremamente complexo e possa ser interpretado sob várias perspectivas, trata-se de um processo normal, universal, gradual e irreversível de mudanças e transformações que ocorrem com a passagem do tempo. Consiste num fenómeno intimamente ligado aos processos de diferenciação e de crescimento, já que nele concorrem a interacção de factores internos como o património genético, e externos, como o estilo de vida, a educação e o ambiente em que o sujeito vive. Neste sentido, a principal característica do envelhecimento é a variabilidade inter e intra-individual, ou seja, existem padrões de envelhecimento diferentes tanto entre indivíduos com a mesma idade cronológica, como nas distintas funções de um mesmo indivíduo (fisiológicas, psicológicas e sociais).

Sendo o envelhecimento um processo extremamente complexo, resultante da interacção entre factores biológicos, psicológicos e sociais, Schroots & Birren (1980) citado por Paúl (1997) distinguem três principais categorias de envelhecimento: o biológico, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se denomina senescência; o psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo das forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de

senescência; e o social, relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para os idosos.

No entanto, Fernández-Ballesteros (2000), no que se refere a esta distinção entre estas categorias de envelhecimento, pretende ultrapassar a existência de uma idade psicológica e social, já que ambas as categorias estão minadas de alguma estereotipia. Assim, esta autora, optou por introduzir a noção de idade funcional, partindo do princípio que o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio quer entre estabilidade e mudança, quer entre crescimento e declínio, havendo algumas funções que necessariamente diminuem de eficácia (sobretudo as de natureza física, a percepção e a memória), outras que estabilizam (como por exemplo a maior parte das variáveis da personalidade) e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (ligado ao uso da experiência e de conhecimentos prévios).

1.1.1 ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO

O processo de envelhecimento biológico refere-se às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo, traduzindo-se numa diminuição progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático que, em condições normais, não será suficiente para produzir perturbações funcionais (Figueiredo, 2007).

Na sua definição de envelhecimento biológico, Birren & Zarit (1985), citado por Figueiredo (2007), este consiste no processo de senescência, como processo de mudança no organismo, que com o tempo diminui a probabilidade de sobrevivência e reduz a capacidade biológica de auto-regulação, reparação e adaptação às exigências ambientais.

O processo de senescência tem o seu início no período de maturação reprodutora do indivíduo e como refere Figueiredo (2007), este não é sinónimo de doença, mas sim um processo normal de deterioração biológica geral que aumenta a vulnerabilidade do indivíduo à doença e à morte, já que se caracteriza pela redução da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas, o que implica a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente.

Berger (1995,a)), salienta que importa distinguir entre envelhecimento primário, como processo de senescência normal, e envelhecimento secundário, que se refere ao aparecimento, com a idade, de lesões patológicas muitas vezes múltiplas, mas que se

mantêm potencialmente reversíveis. A distinção entre envelhecimento primário e secundário é importante, porque permitiu realizar progressos consideráveis em Gerontologia. No entanto, nem sempre é fácil distinguir de maneira precisa estes dois processos, ou seja, a senescência da doença. Certos problemas fisiológicos e certas doenças que acompanham o envelhecimento são muitas vezes confundidas com as manifestações do envelhecimento normal. Birren & Schrrots (1996), citado por Fonseca (2006,a)) acrescentaram um novo padrão de envelhecimento, designado por terciário, que se refere às mudanças que se sucedem de forma precipitada na velhice, o que sugere a possibilidade de existência de um envelhecimento rápido, ocorrendo num dado momento da velhice e que precede imediatamente a morte.

Segundo Yates (1993), citado por Fonseca (2006,a)), mesmo sem a ocorrência de patologias, a probabilidade de adoecer e de morrer aumenta com a idade cronológica, assentando a maior ou menor vulnerabilidade do indivíduo em oito factores: acumulação de resíduos metabólicos e de radicais livres; exposição a acidentes e a acontecimentos stressantes; doenças e incapacidades várias; ambiente físico onde se vive; ambiente social e envolvimento em actividades culturais, religiosas e de aprendizagem; estilo de vida quanto a nutrição, exercício, drogas, sono, actividade sexual, lazer e actividades de risco; recursos cognitivos, materiais e ocupacionais disponíveis; atitude face à vida.

As modificações fisiológicas e anatómicas associadas ao processo de envelhecimento têm o seu início muitos anos antes do surgimento de sinais exteriores. Ou seja, o seu começo é relativamente precoce, por volta do final da segunda década de vida, perpetuando-se de forma pouco perceptível durante a terceira década e será por volta dos quarenta anos que as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento se tornam mais evidentes, continuando até à morte, isto é, até que o organismo deixe de conseguir adaptar-se (Berger, 1995,a)).

As alterações estruturais dão-se sobretudo a nível metabólico e celular, e na repartição das componentes corporais. Estas alterações podem modificar não apenas o funcionamento do organismo como ainda a aparência corporal (Berger, 1995,a)):

- Células e tecidos: diminuição do número de células activas; aparecimento de lipofuscina e de estatina em diversas células, abrandamento do ritmo de multiplicação celular; diminuição do número de glóbulos e perda de eficácia; modificação dos tecidos gordos e subcutâneos; atrofia e perda de elasticidade tecidular

- Composição global do corpo e peso corporal: aumento do tecido gordo em relação ao tecido magro; modificação no peso corporal e no peso dos órgãos
- Músculos, ossos e articulações: diminuição de 25% a 30% da massa muscular; diminuição da mobilidade de diversas articulações; adelgaçar dos discos vertebrais, o que provoca uma redução de 1,2cm a 5 cm na altura; redução da dimensão da caixa torácica; perdas de cálcio; diminuição do funcionamento locomotor e problemas de equilíbrio
- Pele e tecido subcutâneo: perda dos tecidos de suporte subcutâneos; secura e adelgaçar da pele; possibilidade de equimoses e queratoses; modificações vasculares e cutâneas múltiplas; atrofia e baixa eficácia das glândulas sebáceas e sudoríparas; perda da elasticidade da pele; persistência da prega cutânea; aparecimento de rugas; acentuação das proeminências ósseas; descair da face, queixo e pálpebras e alongamento dos lobos das orelhas
- Tegumentos: pêlos finos e raros, excepto na face; perda de cabelo, calvície ou cabelos brancos; acinzentar ou descolorir dos cabelos; espessamento das unhas.

Apesar de serem importantes as mudanças ligadas à estrutura e à aparência, o que conta é sobretudo o bom funcionamento do organismo. Ora a redução das células e a perda das reservas fisiológicas atinge todos os órgãos. Mesmo que não se verifique ao mesmo ritmo para todos, o resultado é o mesmo: as funções deterioram-se. Certos órgãos sofrem enormes perdas de função, como os rins, enquanto outros parecem ser quase totalmente poupados, como o sistema digestivo (Berger, 1995,a)):

- Sistema cardiovascular: degenerescência cálcica das válvulas; diminuição de 18% do volume de água; diminuição de 40% do débito cardíaco; aumento da tensão arterial em repouso; redistribuição do fluxo sanguíneo, em que o cérebro, artérias coronárias e músculos esqueléticos recebem um maior fluxo residual do que o fígado e os rins; perda de elasticidade dos vasos e acumulação de depósitos nas paredes; aumento da resistência dos vasos periféricos
- Sistema respiratório: perda de capacidade de expansão pulmonar; diminuição da capacidade respiratória, diminuição do consumo basal de oxigénio;

possibilidade de enfisema e bronquite senil; atrofia e rigidez pulmonar; problemas de expectoração das secreções brônquicas

- Sistema renal e urinário: diminuição do número de nefrónios; diminuição da taxa de filtração glomerular, de filtração tubular e do fluxo sanguíneo renal, possibilidade de incontinência; micções mais frequentes e menos abundantes
- Sistema gastrointestinal: modificação dos tecidos dentários, sendo mais difícil ajustamento das próteses dentárias e propensão a perda de dentes e cáries; mais lenta cicatrização da mucosa oral; atrofia das glândulas salivares; diminuição do sentido do paladar; atrofia da mucosa gástrica e da secreção dos sucos digestivos (lípase); diminuição da secreção de ácido clorídrico, da pepsina e do suco pancreático; diminuição do tónus e da motilidade gástrica gerando uma diminuição de esvaziamento gástrico e peristaltismo; perturbações da absorção; diminuição da secreção de enzimas hepáticas e da acção anti-tóxica do fígado; ligeira baixa de absorção intestinal; diminuição da motilidade do intestino grosso e retardar da evacuação
- Sistema nervoso e sensorial: diminuição do número de unidades funcionais no cérebro; perda de massa cerebral; baixo consumo de oxigénio pelo cérebro e da perfusão cerebral, declínio gradual da condução nervosa e demora no tempo de reacção; diminuição da condução periférica e dos neurotransmissores; perda de eficácia dos proprioceptores; dificuldade no controlo da postura e no equilíbrio; perda da motricidade fina; alteração do controlo do sistema autónomo; diminuição da capacidade mnemónica a curto prazo; elevação do limiar da percepção do sabor e odores; diminuição das sensações tácteis e das que se relacionam com a pressão e temperatura; diminuição auditiva (presbiacusia), sobretudo para os sons agudos, sensações auditivas anómalas (acufenos); diminuição da adaptação à iluminação insuficiente e à visão nocturna; presbitia e presbiopia; redução da acuidade visual e da visão periférica; possibilidade de cataratas senis e/ou glaucoma
- Sistema endócrino e metabólico: possibilidade de perturbação no metabolismo da glicose, abrandamento da utilização periférica da tiroxina; alterações menores do funcionamento cortico-supra-renal, baixa do metabolismo basal; diminuição da taxa de estrogénio

- Sistema reprodutor: atrofia dos órgãos genitais internos e externos; modificação do ritmo de erecção e da ejaculação; modificação da libido no homem e na mulher; cessação da actividade reprodutora na mulher (menopausa)
- Sistema imunitário: lentidão da resposta imunitária a um antígeno; imunodeficiência relativa
- Ritmos biológicos e sono: modificação das fases do sono, períodos mais frequentes de sono ligeiro; diferente repartição das horas de sono

Como refere Figueiredo (2007), todas estas modificações ligadas ao processo de senescência vão levar, como se referiu, a uma perda progressiva da capacidade de adaptação do organismo, isto é, a uma diminuição da sua capacidade funcional, ligada ou não a uma doença. Assim, o processo de senescência coloca o indivíduo numa situação de maior vulnerabilidade à doença, nomeadamente, a problemas crónicos de saúde que os podem limitar na sua vida quotidiana.

1.1.2 ENVELHECIMENTO PSICOLÓGICO

A perspectiva sobre o envelhecimento psicológico deve ter em consideração que a idade cronológica, embora relacionada com o processo de envelhecimento, não é um critério ideal para se estudar esta componente do envelhecimento. Assim, a perspectiva inspirada na psicologia do ciclo de vida tem demonstrado que os processos psicológicos de mudança não seguem uma via paralela às mudanças biológicas que se produzem ao longo da vida (Fonseca (2006,a)).

A investigação no âmbito da psicologia do envelhecimento tem recaído sobretudo em duas áreas: o funcionamento cognitivo e a personalidade. Por sua vez, no domínio do funcionamento cognitivo, tem-se privilegiado o estudo da inteligência e da memória e aprendizagem (Figueiredo, 2007).

No que diz respeito à cognição, a ideia de declínio generalizado e irreversível das capacidades cognitivas com a idade surge como mais um estereótipo ligado ao envelhecimento (Vaillant, 2002, citado por Fonseca, 2006,a)). Como refere Baltes & Smith (2003), citado por Fonseca (2006,a)), sob o ponto de vista das capacidade cognitivas, as

peessoas que hoje têm 70 anos de idade são comparáveis às pessoas que tinham 65 anos há trinta anos atrás, havendo razão para falar-se num incremento das reservas cognitivas ao nível do pensamento entre os idosos. As razões para o aumento de tais reservas cognitivas encontram-nas os autores no conjunto de forças de natureza cultural (melhor saúde, condições materiais favoráveis, instrumentos de literacia disponíveis, sistemas educacionais ao longo da vida) que as pessoas adultas e idosas têm actualmente ao dispor para desenvolverem as suas capacidades cognitivas de forma quase ilimitada, pelo menos enquanto o estado físico o permitir.

Segundo vários estudos referidos por Figueiredo (2007), as razões que subjazem ao declínio da inteligência com a idade ainda não são claras. Todavia, muitas das diferenças em aptidões específicas, associadas ao declínio desta aptidão intelectual, parecem relacionar-se com três aspectos do processamento cognitivo: a diminuição da velocidade de processamento da informação; o défice na memória de funcionamento; e os decréscimos na acuidade visual e auditiva. Outros factores como problemas de saúde (como as doenças cardiovasculares), variáveis de tipo social (como isolamento social, nível educacional, nível de estimulação ambiental, rendimento económico), a personalidade (como o auto conceito e flexibilidade) têm demonstrado uma grande influência nas pontuações dos sujeitos em testes de inteligência.

Segundo Fonseca (2006,a)), diversos autores (Baltes, Staudinger, Lindenberg, Schaie, Veraheghen e Salthouse), seguidores ou próximos de uma perspectiva de psicologia do ciclo de vida, têm assinalado que a dimensão cognitiva é aquela que provavelmente, mais contributos oferecem para compreendermos a grande variabilidade do processo de envelhecimento. Com efeito, a par com um certo declínio no desempenho de funções cognitivas (nomeadamente, em termos de velocidade de processamento de informação e de resolução de tarefas com maior grau de complexidade e/ou novidade), noutros domínios de actividade (como o profissional), onde a experiência e o saber acumulados desempenham um papel importante, os idosos podem exibir uma maior capacidade de resolução, por exemplo, no campo da resolução de problemas. No sentido de compreender e de explicar esta aparente contradição, a maioria destes autores, propõem que se olhe o envelhecimento cognitivo em termos de evolução ao longo do ciclo de vida, afirmando a evolução conjunta de dois tipos de inteligência, sendo essa evolução regulada por factores biológicos e culturais:

- *Inteligência mecânica*: subjacente à aprendizagem, à memória, ao raciocínio e às capacidades espaciais, como um processo básico de processamento de informação
- *Inteligência pragmática*: subjacente aos conhecimentos académicos e às mais diversas aquisições de ordem cultural adquiridas com a experiência, como um produto de conhecimento cultural

Segundo Figueiredo (2007), actualmente é aceite na comunidade científica que a memória se modifica com a idade. Graves problemas de memória estão relacionados com determinadas doenças mais frequentes em idades avançadas (como a doença de Alzheimer), mas as modificações a nível da memória constituem igualmente uma característica do processo normal de senescência.

Como é perspectivada por Shaie & Willis (2002), citados por Figueiredo (2007), a memória humana é um processo que envolve três fases: codificação; armazenamento e recordação da informação. A aprendizagem humana pode ser considerada como a fase de aquisição ou codificação da informação. A informação pode ser codificada e armazenada em três sistemas de memória: a memória sensorial, a memória a curto prazo e a memória a longo prazo. Normalmente o que distingue estes três tipos de memória é a duração da informação armazenada e a capacidade de armazenamento.

A memória sensorial retém os estímulos do meio, sem análise semântica, durante décimas de segundo. Nela se distingue a memória icónica (visual) e ecóica (auditiva). A memória sensorial tem sido escassamente estudada, no entanto, a maioria dos resultados não revela diferenças significativas associadas à idade neste sistema mnésico.

A memória a curto prazo retém pequenas unidades de informação por um período de tempo ligeiramente superior ao da memória sensorial. É aqui que a informação é preparada para passar a memória a longo prazo. A memória a curto prazo pode ser dividida em memória primária e memória de trabalho. A memória primária, que envolve a retenção passiva de uma pequena quantidade de informação e a sua recordação imediata (como reter um número de telefone até o escrevermos num papel), tem pouca capacidade e é muito breve. A memória de trabalho envolve simultaneamente a retenção da informação e a sua manipulação para resolver problemas ou tomar uma decisão. No tocante à memória primária, a investigação tem demonstrado modestas diferenças devidas à idade, contrariamente à memória de trabalho que se vê negativamente afectada com a passagem

do tempo. Algumas das explicações para este défice residem na possibilidade da diminuição da capacidade de armazenamento da informação na memória de trabalho, em idades avançadas. Outros sugerem a possível ocorrência de défices no processamento da informação, ou seja, á medida que as tarefas se tornam mais complexas, os idosos podem ter mais dificuldade em empregar estratégias eficientes de processamento de informação. Outra justificação possível reside na possibilidade de haver uma diminuição da velocidade que a memória de trabalho necessita para levar a cabo estas tarefas. O facto de os idosos revelarem piores desempenhos que os mais jovens em tarefas de memória a curto prazo parece estar relacionado com as estratégias que empreendem para codificar e recuperar a informação. A investigação tem verificado que muitos idosos não empregam espontaneamente determinadas estratégias (como técnicas mnemónicas) para facilitar a codificação e processamento da informação, contrariamente aos mais jovens.

A memória a longo prazo é perspectivada como sendo um sistema que possui uma larga capacidade de armazenamento da informação e onde esta pode ser retida durante longos períodos de tempo. Normalmente, divide-se em memória procedimental, semântica e episódica. A procedimental é a subjacente às competências aprendidas, ou seja, uma vez aprendida uma competência básica (como conduzir um automóvel), recordamo-la automaticamente quando o estímulo se apresenta de novo. A memória semântica envolve a memória para o capital de conhecimentos (como lembrar quem foi o primeiro rei de Portugal). A episódica é a memória para os acontecimentos da vida que se vão sucedendo no quotidiano (como saber o que se almoçou no dia anterior). A memória episódica tem sido considerada como o sistema mais frágil, na medida em que é mais vulnerável à passagem do tempo. Conclui-se, por conseguinte, que estes diferentes sistemas de memória a longo prazo se vêem diferentemente afectados à medida que se envelhece.

No que toca à recuperação da informação existem duas estratégias fundamentais: a recordação, que consiste na capacidade para recuperar um fragmento de informação; o reconhecimento, que implica a identificação de um dado fragmento de informação. A investigação revela que os idosos têm menos dificuldades em tarefas de reconhecimento do que em tarefas de memória que implicam a recordação da informação. Por outro lado, acredita-se que as pessoas idosas têm dificuldades em recordar-se de acontecimentos recentes (como os relativos à meia-idade), mas não de eventos do seu passado (como os relativos à sua adolescência e juventude). As explicações para este facto residem em que essa é a altura de algumas vivências mais marcantes e significativas da vida dos indivíduos

(como as primeiras relações amorosas, a saída de casa, constituição de uma nova família, entrada no mercado de trabalho). A ideia subjacente é que qualquer acontecimento que seja emotivo e pessoalmente significativo reúne todos os requisitos para permanecer intacto na nossa memória (Figueiredo, 2007).

Como refere Figueiredo (2007), é de salientar também o papel que a meta memória, isto é, o conhecimento e as crenças que as pessoas têm acerca da sua própria memória, assume no funcionamento mnésico. Os estudos neste âmbito indicam que as pessoas idosas acreditam ter mais problemas de memória que as mais jovens, consideram-se menos eficazes e manifestam menor confiança relativamente às suas possibilidades para melhorar a eficácia da sua memória.

Quanto à aprendizagem, segundo Walsh (1983), citado por Figueiredo (2007), as pessoas idosas podem aprender tão bem como os jovens mas, devido a factores não cognitivos (como a falta de motivação ou autoconfiança), são incapazes ou sentem-se relutantes em demonstrar o que aprenderam. Por outro lado, Shaie & Willis (1991), citados por Figueiredo (2007), sublinham o facto de, com a idade, aumentar o tempo necessário para a aquisição de nova informação.

Uma terceira dimensão do funcionamento psicológico individual, susceptível de apresentar variações intra-individuais com o envelhecimento, é a personalidade. Aliás, um dos estereótipos mais frequentes relacionados com a velhice prende-se com a ideia de que há uma evolução negativa neste domínio, baseada na inevitabilidade do declínio físico e biológico, que implicava uma deterioração da personalidade. Vários autores (Costa, McCrae, Caprara, Barbaranelli, Borgoni, Perugini e Steca), definem a personalidade como sendo um conjunto de traços, atributos ou qualidades que servem para caracterizar uma pessoa (Fonseca, 2006,a)).

Na verdade, estudos recentes sublinham a estabilidade como a palavra-chave da evolução da personalidade durante grande parte do ciclo de vida, estabilidade essa que é tanto mais evidente quanto mais nos reportamos a adultos com idade acima dos 30 anos. A personalidade surge como um conjunto de traços persistentes (como a cor do cabelo), mais do que de adaptações aprendidas em função da experiência. Apesar de que os traços de personalidade sejam vistos como estáveis, sofrendo uma pequena influência da exposição a práticas educativas, da aculturação numa determinada época histórica ou da experiência de vida, estes estão sujeitos a alterações dramáticas resultantes de problemas de saúde, nomeadamente, em termos de doenças cerebrais e da deterioração mental em geral,

sabendo que de acordo com o perfil de personalidade de cada pessoa, esta torna-se mais ou menos susceptível a determinadas patologias do foro mental (Fonseca, 2006,a)).

1.1.3 ENVELHECIMENTO SOCIAL

Paralelamente às alterações biológicas e psicológicas que ocorrem com o envelhecimento, associam-se transformações a nível dos papéis sociais, exigindo uma capacidade de adaptação às novas condições de vida. A par de outras fases do desenvolvimento humano, a velhice é um período onde ocorrem algumas modificações, habitualmente apelidadas em Gerontologia como perdas. Convém, no entanto salientar que a perda de alguns papéis sociais não é sentida necessariamente pelo sujeito como algo de negativo, que acarrete estados de tristeza profunda ou de insatisfação com a vida, mas que pode ser vivida como um simples desenrolar de transformações com as quais o indivíduo interage satisfatoriamente. A velhice caracteriza-se então pela mudança de papéis e frequentemente pela perda de alguns deles, sendo o mais evidente a perda do papel profissional, que ocorre no momento da reforma. Também nas esferas familiar e sociais se dão algumas transformações (Figueiredo, 2007).

Segundo o modelo social de envelhecimento de Mishara & Riedel (1984), citados por Berger (1995,b)), descrevem-se as etapas da velhice, as crises que lhes estão ligadas, bem como as tarefas a desempenhar e os tipos de relações familiares e sociais que caracterizam cada uma dessas etapas. Este modelo demonstra as numerosas alterações de papel que produzem um efeito significativo nas relações familiares e sociais. A relação de casal é reposta em questão, bem como as relações filiais e o lugar que se ocupa na sociedade, e vivem-se crises graves como a reforma, viuvez e doença e potencialmente institucionalização temporária ou permanente.

Como referido por Figueiredo (2007), a reforma marca a perda de determinados papéis sociais activos (principalmente, o profissional) e apresenta-se como um marco de entrada na velhice, sobretudo porque o estatuto de reformado é associado à perda de importância social. A reforma implica, ainda, a diminuição dos rendimentos económicos, a perda de oportunidade de contactos sociais (que deverão ser substituídos), e uma maior quantidade de tempo livre. Todas estas situações vão exigir que o sujeito reinvente e reorganizar o seu quotidiano, descentrando a profissão e encontrar um papel que garanta a

manutenção de sentido de utilidade. Neste sentido, o reformado tende a centrar-se na vida familiar, procurando apoio, amor e amizade. Com base no modelo social de envelhecimento de Mishara & Riedel (1984), esta etapa caracteriza-se pelo início da velhice (entre os 65 e 70 anos), em que a principal crise consiste na reforma, com a inevitável diminuição dos rendimentos, aumento do tempo livre e diminuição da interacção sociais, centrando as relações interpessoais na família e amigos.

Segundo Shaie & Willis (2002), citado por Figueiredo (2007), o processo de reforma pode ser visto como uma série de ajustamentos, representando cinco fases que não constituem, necessariamente, uma sequência de eventos pela qual todos os indivíduos terão de passar:

- *Período de lua-de-mel*: começa logo a seguir a reforma, caracterizando-se pela euforia, caracterizando-se pela euforia, em que a pessoa tenta fazer tudo aquilo que não teve tempo para realizar antes
- *Período de descanso e relaxamento*: durante o qual o reformado decide viver calmamente a nova condição
- *Período de desencantamento*: as expectativas em relação à reforma não ocorrem como o planeado ou se os planos são interrompidos por um acontecimento inesperado (como o surgimento de uma doença)
- *Período de reorientação*: enfrenta-se a nova condição e exploram-se novas formas de envolvimento, como objectivo de desenvolver um conjunto real de opções, que confirmem estrutura e rotina à reforma
- *Período de estabilidade*: com o desenvolvimento de uma rotina estável e satisfatória

Na velhice verificam-se alterações na estrutura familiar, já que os filhos são adultos e já saíram de casa e exigem outro tipo de apoio, como o cuidar dos netos. Apesar do contacto intergeracional ser, por norma, sólido e próximo, especialmente entre mulheres (mães e filhas), a reciprocidade de apoio encontra-se presente, especialmente em situações de doença. Os filhos apresentam-se junto dos pais idosos como fonte de apoio emocional e instrumental e os idosos manifestam o sentimento de cuidar das gerações mais novas, assumindo o papel de avô, sentido como a concretização de continuidade, proporcionando a possibilidade de desempenhar uma multiplicidade de papéis e de estabelecer interacções significativas (Figueiredo, 2007).

Segundo Shaie & Willis (2002) e Kornhaber (1996), citados por Figueiredo (2007), no quotidiano da relação familiar, os avós podem desempenhar uma multiplicidade de papéis, nomeadamente:

- *Estabilizador*: figura constante e presente em momentos de crise ou mudança familiar, expressão de continuidade familiar e centro de contacto e encontros familiares
- *Guardião*: perante a necessidade de cuidados e protecção ou apoio de retaguarda para dificuldades financeiras dos filhos
- *Árbitro*: entre a segunda e a terceira gerações da família, atenuando as tensões, negociando conflitos e interpretando e traduzindo as acções da segunda geração para a terceira
- *Historiador*: ajudando a família a relacionar o seu passado com o presente e a compreender como evoluiu
- *Professor*: ensinando aquilo que sabe aos netos
- *Mentor*: mais do que transmitir competências, são pessoas que incendeiam a ambição e a imaginação
- *Estudante*: aprendem e são inspirados pelos netos
- *Parceiro*: secreto conspirador do neto, através de rituais secretos e divertimentos inofensivos
- *Génio*: já que têm o poder de satisfazer os desejos dos netos
- *Herói*: alguém com coragem e força
- *Modelo*: as suas atitudes, comportamentos e opiniões exercem impacto nos netos
- *Feiticeiro*: como um contraponto imaginativo e mágico do quotidiano das tarefas
- *Guia espiritual*: visto poderem libertar-se mais do quotidiano, podem ligar-se mais ao espiritual

Apesar de 37,6% (INE, 2002) dos idosos portugueses viverem com a família, existe a convicção muito forte da população em geral de que existe um grande desinvestimento familiar aos ascendentes, o que não responde totalmente à realidade. Por toda a Europa, a família constitui ainda o pilar da responsabilidade pelos dependentes idosos, como refere Pimentel (2001), “*Vários estudos que têm sido realizados em Portugal e em outros países*

permitem contrariar estas representações. A família continua a ser uma instituição significativa para o suporte e realização efectiva do indivíduo.”

Mas por outro lado, a realidade evolutiva demonstra uma diminuição das interacções intergeracionais. Segundo dados do INE (2002), mais de 68% das pessoas com mais de 65 anos conversam com vizinhos diariamente. No que se refere às reuniões com amigos ou familiares, dado que fisicamente o afastamento é maior, a proporção desce para os cerca de 36% na frequência diária e rondam os 33% na classe de uma ou duas vezes por semana. Já no que diz respeito a actividades de lazer, a quase totalidade das pessoas mais velhas vê televisão (cerca de 98% de homens e 94% de mulheres), e fá-lo diariamente (cerca de 89% para ambos os géneros). Estes valores contrastam com outras formas de convívio, como com amigos ou familiares. A maior parte dos idosos, foi visitado ou foi visitar amigos ou familiares algumas vezes e mais de 30% fá-lo com frequência. Cerca de 30% dizem este facto não ter ocorrido no último ano. De facto a solidão na população idosa é um problema bastante actual, com efeitos geralmente perniciosos relativamente ao seu bem-estar e saúde.

Segundo Pimentel (2001) é necessário equacionar o enquadramento em que se encontram as famílias das sociedades actuais para perceber até que ponto podemos responsabiliza-las pelo prosseguimento de determinadas formas de solidariedade. Estamos perante um processo de mudança contínuo e, hoje baseiam-se em conceitos como o individualismo e a autonomia, valorizando a realização pessoal dos seus membros e o respeito pela sua privacidade. A família constitui um núcleo com um equilíbrio próprio, por vezes difícil de manter, e que se poderá tornar instável quando confrontado com novas exigências.

A solidariedade intergeracional não passa só pelo suporte nos cuidados físicos e como refere Imaginário (2004), *“Vários estudos espelham a importância das relações familiares e da força que a instituição familiar possui como centro de solidariedade intergeracional e intrageracional, onde a maior parte dos idosos com dificuldades, por dependência, recebem cuidados provenientes da família”*. É no seio da família que nasce e se partilha o compromisso, a estima, a comunicação, o convívio, a plenitude espiritual e a capacidade de enfrentar as tensões e as crises. Segundo a mesma autora, a contribuição da família para com a pessoa de idade avançada é tão importante que se defende a nível mundial que nenhuma instituição possa substituir a família na prestação de apoio ao idoso. A família constitui o suporte e o lugar privilegiado para o idoso. As pessoas idosas quando

necessitam de ajuda, em primeira instância procuram o seu cônjuge. Na ausência deste, procuram os seus filhos adultos, especialmente as filhas. Imaginário (2004) refere que *“É no seio da família que os idosos se devem sentir apoiados mesmo nas situações em que é impossível partilhar o mesmo tecto, sendo os laços afectivos mais importantes do que propriamente o espaço físico”*.

No que diz respeito às relações conjugais, o facto mais importante é que a família volta a ter a composição inicial: o casal sozinho. Nesta fase tendem a exacerbar-se aspectos como a dependência e a proximidade entre os membros do casal, passando a valorizar-se o dar cuidados e atenção. A doença e a morte do cônjuge são motivos de mudança que obrigam a uma reestruturação dos padrões de funcionamento. A viuvez, segundo o modelo social do envelhecimento de Mishara & Riedel (1984), constitui uma nova crise no meio da velhice (entre os 70 e 74 anos), que induz uma perda de capacidade de desenvolvimento de mecanismos de adaptação, tendo frequentemente lugar uma sintomatologia depressiva que, não obstante, tende a desaparecer no prazo de um a dois anos. Como refere Montorio & Izal (1999), citado por Figueiredo (2007), em determinadas circunstâncias (como problemas de saúde e isolamento social), a viuvez pode levar ao desenvolvimento de processos mórbidos graves e, inclusive, à morte.

Outras relações familiares, como as fraternais, parecem também intensificar-se na velhice. Nesta fase, os irmãos readquirem um envolvimento, sendo que a relação será mais próxima se associada a proximidade geográfica, boa saúde e, especialmente, quando envolve irmãs. Normalmente, trata-se de relações caracterizadas pela reciprocidade e onde o apoio funcional é relativamente baixo quando comparado com os níveis de solidariedade e afecto. Salienta-se que as relações positivas entre irmãos no fim de vida aumentam o bem-estar e os níveis de contacto mais íntimo encontram-se associados à diminuição da incidência de depressão (Figueiredo, 2007).

Para muitos idosos, a rede social é sinónimo de família, no entanto, para alguns destes têm redes sociais mais alargadas e diversificadas, pautadas por relações de não parentesco (como amigos, vizinhos e conhecidos). Antonucci (2001), citado por Figueiredo (2007), afirma que tem sido demonstrado que as pessoas idosas com redes sociais mais alargadas obtêm mais apoio nas situações de doença. Mas o facto é que, de um modo geral, o tamanho das redes sociais e das trocas de apoio social informal diminuem com a idade, nomeadamente a partir dos 80 anos de idade, já que as pessoas consideradas como mais íntimas e próximas, poucas serão as que ainda estão vivas. Como refere Figueiredo (2007),

a solidão está associada à temática da redução das redes sociais, tratando-se de um conceito que se interliga fortemente (mas que frequentemente se confunde) com o de isolamento social e viver só: a presença de uma vasta rede social não significa necessariamente a ausência de solidão; viver só não é sinónimo de isolamento social ou solidão; nem todos os que vivem sós estão isolados, embora a maioria dos isolados vivam sós.

Segundo o modelo social de envelhecimento de Mishara & Riedel (1984), citados por Berger (1995,b)), o fim da velhice (entre os 75 e 80 anos) caracteriza-se pela perda de independência e crescente diminuição das redes sociais e isolamento social e/ou sentimentos de solidão, o que poderá levar à condição de institucionalização.

Numa outra perspectiva, o conceito de envelhecimento social de Anne-Marie Guillemard (1980), citado por Fernandes (1997), classifica este processo em duas concepções de velhice:

- *Velhice invisível*: sem forma definida, característica de uma sociedade em que a condição de velho era função do património familiar, típica do século XIX e XX, em que a solidariedade para com os idosos é praticamente uma solidariedade familiar, privada, remetida para o interior do espaço doméstico.
- *Velhice visível*: definição homogénea de velhice, socialmente constituída por uma etapa da vida que é comumente vivida e onde a velhice está associada a uma reforma.

1.2 ENVELHECIMENTO DEMOGRAFICO

O aumento dos efectivos de pessoas idosas é um fenómeno que toma dimensões de âmbito mundial. De acordo com projecções realizadas pela Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, 1982, para a população mundial, no ano de 2025, uma pessoa em cada sete terá mais de 60 anos. Nos países desenvolvidos, o problema é agravado pelo prolongamento da esperança de vida que acentua o envelhecimento, isto é, além de ter aumentado substancialmente o número de pessoas idosas aumentará também o número dos muito velhos, isto é, irá engrossar a fatia dos que estão acima dos 80 anos (Fernandes, 1997).

No âmbito do contexto europeu, o envelhecimento da população também ganha cada vez mais significado, no entanto, este envelhecimento ganha proporções diferentes

consoante as regiões da Europa. Numa grande parte das regiões da Europa a população deixou mesmo de crescer no final do último século, sendo que na maioria das regiões europeias se verificará que a sua população estagne ou mesmo diminua antes de 2015. A geração dos jovens, dos 0 aos 24 anos, representava 31,1% da população em 1995 e declinará para os 27% em 2015 (menos 11 milhões em números absolutos). A geração dos idosos, com mais de 65 anos, aumentará significativamente por toda a união europeia. Em algumas regiões de França, Itália e Espanha, os muito idosos (com mais de 80 anos) representará entre 7% a 9% da população (comparando com a média de 3,9% em 1995). Como consequência a idade média da população aumentará de 38,3 anos em 1995 para 41,8 em 2015. Com o impacto adicional da migração significa que, em certas regiões da Alemanha oriental, norte da Itália, França central e norte de Espanha, a idade média estará entre 44 e 50 anos (Walker, 2002).

Walker (2002), refere que o aumento nos muitos idosos (com mais de 80 anos) será o mais significativo. O grande aumento neste coorte geracional nos próximos 25 anos (que será de 62% entre 1995 e 2025) terá lugar dentro do período de 2000-2005. Dentro desses 5 anos o aumento será de mais de 25% na Bélgica e na França, e quase o mesmo na Itália e Áustria. O aumento médio na União Europeia será de 18,6%. Itália liderará em 2025, com 7,1% da população com mais de 80 anos. A Alemanha virá de seguida, junto com a Dinamarca, Suécia e a Irlanda depois de 2020. A Europa partilha com outras regiões do mundo o envelhecimento demográfico embora, como no Japão, essa tendência se torne mais pronunciada nos próximos 20 anos.

Segundo o Instituto Nacional Estatística (2002) o fenómeno do envelhecimento da população resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efectivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efectivos populacionais idosos.

Em Portugal, as alterações na estrutura demográfica estão bem patentes na comparação das pirâmides de idades em 1960 e 2000. Este fenómeno ocorreu em todos os países desenvolvidos. Entre 1960 e 2000 a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu de cerca de 37% para 30%. Segundo a hipótese média de projecção de população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050. Ao contrário, a proporção da população mundial com 65 ou mais

anos regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população, entre 1960 e 2000, e para 15,6% em 2050, segundo as mesmas hipóteses de projecção. De referir ainda que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem (INE, 2002).

À semelhança do que acontece no mundo, no território nacional a distribuição da população idosa também não é homogénea. Com base nos resultados dos Censos 2001 (INE, 2002), verifica-se que a região Norte detinha a mais baixa percentagem de idosos no Continente, sendo que a maior importância relativa de idosos pertencia ao Alentejo, seguido do Algarve e do Centro, deixando transparecer uma faixa litoral bastante menos envelhecida. Às regiões autónomas dos Açores e da Madeira pertenciam os menores níveis de envelhecimento do país, ou seja, as zonas geográficas com níveis de fecundidade mais elevados.

Com base na definição utilizada pelo INE (2002), consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, idade quem em Portugal está associada à idade da reforma. É importante ter em conta que os idosos de hoje são diferentes dos idosos de gerações mais antigas. Qualquer limite cronológico para definir as pessoas idosas é sempre arbitrário e dificilmente traduz a dimensão biológica, física e psicológica da evolução do ser humano. A autonomia e o estado de saúde devem ser tidos em conta, pois afectam os indivíduos com a mesma idade de maneira diferente. Contudo, a demarcação é necessária para a descrição comparativa e internacional do envelhecimento. Igualmente não consensual é a designação a atribuir às pessoas idosas. A Comissão das Comunidades Europeias refere num estudo, realizado em 1992, a necessidade de alteração do significado da expressão “terceira idade” devido à sua desadequação, em consequência do aumento da esperança de vida, propondo que esta corresponda apenas ao grupo dos 50-74 anos e uma nova designação de “quarta idade” para os 75 e mais anos.

Segundo o INE (2002), entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico em Portugal traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. A população idosa que representava 8% do total da população em 1960, passando este valor para 16,4% em 2001, data do último recenseamento da população portuguesa, que em números absolutos corresponde a um aumento de quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 1 702 120 idosos, em 2001, dos quais 715 073 são homens (42%) e 987 047 são mulheres (58%). A superioridade numérica das mulheres, que é devida à maior esperança de vida, aumenta,

naturalmente, com o avançar da idade. Por esta razão, as diferenças entre a relação de masculinidade da população total e a da população idosa são bem evidentes: 93,4 e 72,4, respectivamente.

A taxa média de crescimento anual da população com 65 e mais anos situou-se nos 2,2%, entre 1960 e 2001. No entanto, dentro da própria população idosa o ritmo de crescimento não é homogéneo: no mesmo período, a população com 85 e mais anos registou uma taxa de 3,5%, enquanto ao grupo dos 75 e mais anos correspondeu uma taxa média de crescimento anual de 2,7%; revelando um ritmo de crescimento bastante mais elevado entre a população mais idosa. Assiste-se assim, ao fenómeno do envelhecimento da própria população idosa (INE, 2002).

Quanto ao índice de envelhecimento (relação existente entre o número de idosos e o de jovens, definido habitualmente como a relação entre a população com 65 ou mais anos e a população entre os 0 e 14 anos), ultrapassou pela primeira vez os 100 indivíduos em 1999. Este indicador registou um aumento contínuo nos últimos 40 anos, aumentando de 27 indivíduos idosos por cada 100 jovens, em 1960, para 103, em 2001. Como referido anteriormente, as diferenças entre os sexos, são bem evidentes, sendo que o mesmo índice nas mulheres em 2001 é de 122 e de 84 nos homens (INE, 2002).

O envelhecimento da população idosa é uma realidade bem retratada pelo índice de longevidade (relação existente entre a população com 75 e mais anos e a população com 65 e mais anos). Este indicador aumenta de 34 para 42 indivíduos entre 1960 e 2001, segundo estimativas do INE (2002). Mais uma vez, este indicador é superior no caso das mulheres.

Os índices de dependência total (relação existente entre o número de jovens - 0 aos 14 anos - e o de idosos - 65 e mais anos - e a população em idade activa - dos 15 aos 64 anos -) são também ilustrativos do processo de envelhecimento em Portugal. Verifica-se que este rácio tem vindo a baixar, descendo de 59 indivíduos em 1960 para os 48 em 2001, devido exclusivamente á diminuição do número de jovens. O declínio que se verifica no índice de dependência dos jovens, implicará no futuro muito próximo o declínio da própria população em idade activa (INE, 2002).

Entre 1960 e 2001, a esperança média de vida aumentou cerca de 11 anos para os homens e cerca de 13 para as mulheres. Como consequência da sobremortalidade masculina, sobretudo em idade activa, atinge-se o século XXI com uma diferença de 7 anos, favorável às mulheres que podem viver em média 79,4 anos, contra os 72,4 dos homens (INE, 2002). Segundo o Eurostat (2006), citado por Gil (2008), em 2004 a

esperança de vida à nascença para os homens, em Portugal, era de 74,9 anos, valor ligeiramente abaixo da média da União Europeia, 75,1 anos, constituindo Portugal o país da Europa com a mais baixa esperança de vida masculina à nascença. A esperança de vida para as mulheres portuguesas situava-se em 81,4 anos, valor relativamente superior à média europeia, 81,2 anos. Segundo fonte do INE, citado pelo Alto Comissariado da Saúde (2008), a esperança de vida à nascença para a população em geral situa-se nos 78,7 anos. Magalhães (2002), citado por Gil (2008) refere que os cenários demográficos mais recentes projectam a esperança de vida à nascença, próxima dos 85 anos para as mulheres e 79 para os homens, até 2050.

Quanto à taxa de iliteracia entre os idosos, ainda que em plano descendente dada a renovação geracional, continua a ser muito elevada (55,1%), sendo ainda mais expressiva nas mulheres, com 64,7%, do que nos homens, com 41,3% (INE, 2002).

Segundo dados do INE (2002), em 2001 a percentagem de famílias com idosos é de 32,5% (30,8% em 1991 - aumento de 23%) e destas, as constituídas só de idosos representam 17,5% (14,9% em 1991 - aumento de 36%) e, das quais 50,5% consistem em idosos a viverem sozinhos (constituindo 19% dos idosos portugueses) e 48,1% correspondem a casais de idosos, ou seja, o número de famílias de idosos está a aumentar e as famílias multigeracionais a diminuir. Por outro lado, as mulheres dizem ter pior saúde que os homens e referem ter ido ao médico pelo menos uma vez nos últimos três meses. Um terço do total dos idosos pode ser considerado pobre, quer em função do critério do tipo de casa e equipamento quer do rendimento, sendo isto particularmente verdade em relação aos que vivem sós.

Complementando esta informação segundo dados do INE (2002), calcularam-se esperanças de vida sem incapacidade física de longa duração. Estes apontam para o facto do envelhecimento entre a população do sexo feminino ter associado um maior número de incapacidades, ou seja, embora as mulheres vivam mais anos, a esperança de vida sem incapacidades é bastante mais reduzida quando comparada com a dos homens. Esta conclusão é corroborada pelos valores da percentagem de esperança de vida passada sem incapacidade, de um modo geral, sempre mais baixa nas mulheres, com excepção para a incapacidade para a comunicação, cujos valores se aproximam em ambos os sexos. Segundo os mesmos dados, 44,9% dos homens com 65-69 anos e 34,9% das mulheres do mesmo grupo etário podem esperar viver sem pelo menos um tipo de incapacidade. As diferenças entre os sexos, neste grupo etário, são mais significativas na esperança de vida

sem incapacidade funcional (12,7 pontos percentuais) e aproximam-se, como já se referiu, na esperança de vida sem incapacidade para a comunicação, em que a percentagem de homens, neste grupo etário, atinge os 70,3% e a de mulheres os 71,6%.

Por outro lado, os resultados dos Censos 2001 permitem observar que a taxa de incidência da deficiência se agrava com a idade, pois no grupo de população mais jovem (menos de 16 anos) aquela era cerca de 1/3 mais baixa que os 6,1% de pessoas com deficiência encontrados para o conjunto da população, enquanto no grupo dos idosos a taxa era mais do dobro da nacional (12,5%). Entre a população com deficiência o índice de envelhecimento é cerca de 5,5 vezes superior ao da população total (por cada jovem com deficiência existem 5,5 idosos nas mesmas condições). A população idosa regista as taxas de incidência da deficiência mais elevadas em qualquer dos tipos, com excepção da deficiência mental cuja taxa é semelhante em todos os grupos de idade. A relação de masculinidade da população com deficiência é superior a 100 (homens por cada 100 mulheres) em quase todas as idades, excepto no grupo dos 65 e mais anos, reflectindo a superioridade numérica das mulheres mais acentuada em idades avançadas, à semelhança do que se verifica entre a população total. Ainda assim, comparando a estrutura da população feminina idosa total e da idosa com deficiência, verifica-se que o número de homens com deficiência é proporcionalmente mais elevado que o das mulheres (INE, 2002).

Como refere o INE (2002), este fenómeno do envelhecimento demográfico da população portuguesa, inserido no mesmo contexto europeu, é um dos desafios mais importantes do século XXI e obriga à reflexão sobre questões com relevância crescente como a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e sobre o próprio modelo social vigente.

1.3 ENVELHECIMENTO ACTIVO

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios. Ao entrarmos no século XXI, o envelhecimento global causará um aumento das necessidades sociais e económicas em todo o mundo. No entanto, as pessoas da 3ª idade são geralmente ignoradas como recurso quando, na verdade,

constituem um recurso importante para a estrutura das nossas sociedades (Organização Mundial Saúde, 2005).

A OMS (2005) argumenta que os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de “envelhecimento activo” que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos. Segundo Faria & Salgueiro (2005), as medidas a implementar seriam: por um lado a promoção de um equilíbrio entre os factores sociais, económicos, ambientais e entre a estrutura e distribuição da população, reconhecendo as tendências demográficas do envelhecimento da população, afim de otimizar o seu desenvolvimento; por outro lado a implementação de políticas adequadas no campo da saúde, alimentação, meio ambiente, família, segurança social, emprego, educação contínua e de formação específica no âmbito da Gerontologia e Geriatria.

Dado que este aumento da longevidade, só por si não garante um aumento da qualidade de vida, em que uma vida mais longa é acompanhada de saúde, participação e segurança, a OMS (2005) adoptou recentemente o conceito de envelhecimento activo para conceptualizar o processo de conquista desta visão. Segundo a OMS (2005), o envelhecimento activo é o processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento.

Este conceito de envelhecimento activo permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades. Ao mesmo tempo propicia protecção, segurança e cuidados adequados, quando necessário. A palavra “activo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, espirituais e civis, e não somente á capacidade de estar fisicamente activo ou fazer parte do mercado de trabalho. As pessoas mais velhas que se reformam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir activamente para os seus familiares, companheiros, comunidades e países. O objectivo do envelhecimento activo é aumentar a expectativa de uma vida saudável (com bem-estar físico, mental e social) e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão a envelhecer, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (OMS, 2005).

Rowe & Kahn (1998), citado por Fonseca (2005), diferenciam três domínios do envelhecimento activo, traduzindo a capacidade de manter as seguintes características essenciais: baixo risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença; funcionamento físico e mental elevado; envolvimento/compromisso activo com a vida. Segundo estes autores a ausência de doença torna mais fácil a manutenção do funcionamento físico e mental e este, por sua vez facilita, mas não garante, um envolvimento activo com a vida.

Baltes (1980), citado por Correia (2003), analisou as influências ou factores que determinam o envelhecimento: as ligadas ao grupo etário; as ligadas ao período histórico; as ligadas à história pessoal. As duas primeiras são as influências normativas (aplicadas a todos os indivíduos) e a terceira influência não normativa (cuja ocorrência e sequência não são aplicadas a todos os indivíduos). Segundo Fontaine (2000), as influências ligadas ao grupo etário são o conjunto das determinantes biológicas e ambientais fortemente relacionadas com a idade cronológica, susceptíveis de predição e comuns a todos os indivíduos (como a maturidade sexual, escolaridade obrigatória ou reforma). As influências ligadas ao período histórico, demonstram que as gerações vivem factos históricos diferentes (como a revolução industrial ou guerra mundial). As influências ligadas à história pessoal estão ligadas a acontecimentos autobiográficos e são específicas e únicas na história individual (como o divórcio ou a profissão e o desemprego ou viuvez). Da síntese destas influências resulta a velhice de cada um de nós: bem sucedida ou mal sucedida. No entanto, é de salientar que enquanto as influências normativas têm um efeito variável ao longo da vida, as não normativas têm um efeito de intensidade progressiva com a idade.

No âmbito de investigações conduzidas sobre o efeito dos factores intrínsecos e extrínsecos no funcionamento dos idosos, Fontaine (2000), conclui que os primeiros, embora muito importantes, não são dominantes depois dos 65 anos, enquanto que os segundos têm um papel determinante, sendo que a partir dos 65 anos o contributo da hereditariedade diminui a favor do ambiente. Assim, parece evidente que nós só utilizamos uma parte das nossas capacidades intelectuais e físicas, dispondo de uma reserva de capacidades físicas e cognitivas susceptível de ser utilizada de acordo com as nossas motivações e as solicitações do ambiente. Neste sentido, a aplicação do princípio de plasticidade ao processo de adaptação ao processo de envelhecimento, comporta a consideração de que a generalidade dos idosos (pelo menos nas primeiras etapas da

velhice) manifestar um potencial de adaptação perante situações de transição eventualmente indutoras de perdas, traduzindo que este período do ciclo de vida está sujeito a perdas, mas igualmente aberto a ganhos desenvolvimentais. No entanto, apesar desta reserva de que o indivíduo dispõe para otimizar o seu funcionamento (plasticidade), esta vai diminuindo com a idade.

Fernández-Ballesteros (2002), citado por Fonseca (2005), defende ser possível e desejável promover um envelhecimento activo, partindo assim de três princípios básicos: o envelhecimento da população constitui um êxito da sociedade moderna, conseguindo dar mais anos à vida; o envelhecimento da população lança um desafio aos indivíduos e à sociedade, pois, na medida em que se vive por mais tempo, mais elevadas são as probabilidades de se ver limitado por doenças e outras formas de incapacidade; os idosos não são um grupo homogéneo, sendo possível envelhecer de muitas formas e acabando a experiência da velhice por ser mesmo a mais heterogénea de todas as fases da vida. Segundo o mesmo autor, a solução para se atingir um envelhecimento activo passa pela prevenção de um envelhecimento patológico e pela promoção de uma série de condições pessoais e sociais susceptíveis de favorecer o envelhecimento bem-sucedido, competente e satisfatório.

Embora este conceito de envelhecimento activo da OMS (2005), seja mais abrangente do que o de envelhecimento saudável, sem dúvida que a saúde é uma meta fundamental durante o processo de envelhecimento, afim de manter a autonomia e independência das pessoas mais velhas. Por outro lado, o envelhecimento ocorre dentro de um contexto social que envolve outras pessoas: amigos; colegas de trabalho; vizinhos; e membros da família. Esta é a razão pela qual a interdependência e solidariedade entre gerações são princípios relevantes para um envelhecimento activo.

A perspectiva do percurso de vida para o envelhecimento activo reconhece que os mais velhos não constituem um grupo homogéneo e que a diversidade entre os indivíduos tende a aumentar com a idade. Conforme os indivíduos envelhecem, as doenças crónicas transformam-se nas principais causas de morbilidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive nos países em desenvolvimento. As doenças crónicas, típicas da 3ª idade, são caras para os indivíduos e para o Estado. Mas muitas doenças crónicas podem ser evitadas, ou pelo menos adiadas. Não prevenir ou controlar as mesmas de forma apropriada irá resultar em enormes custos humanos e sociais, que irão absorver uma quantidade desproporcional de recursos que poderiam ter sido destinados a problemas

de saúde de outras faixas etárias. Os estudos demonstram cada vez mais que a origem do risco das doenças crónicas, como a diabetes e a cardiopatia, começam na infância ou até mesmo antes. E esse risco é subsequentemente definido e modificado por factores como as condições socioeconómicas e as experiências ao longo da vida. Além disso, o risco de desenvolver doenças crónicas continua a aumentar conforme as pessoas envelhecem. Porém, o que relativamente aumenta o risco do desenvolvimento destas doenças nas idades mais avançadas são o tabagismo, falta de exercício físico, dieta inadequada, entre outros factores de risco da vida adulta. Por isso mesmo torna-se evidente a importância de promover um estilo de vida saudável desde os primeiros anos de vida (OMS, 2005).

Por outro lado existem algumas perspectivas relativas à esperança de vida e incapacidade, como a referida num estudo longitudinal de Peres & Barberger-Gateau (2001), citado por Gil (2008) onde se veio a demonstrar que, no decurso de 10 anos, existiu uma importante progressão da autonomia entre duas gerações de indivíduos entre os 75 e os 84 anos, verificando-se, em simultâneo, uma baixa da incapacidade e um aumento da esperança de vida. Este estudo veio ainda revelar que, apesar dos ganhos em saúde, as desigualdades sociais, segundo o sexo e o nível de escolarização, são variáveis que intervêm no aparecimento da incapacidade. Muito embora este estudo tenha permitido chegar a alguns resultados mais optimistas relativamente à evolução da saúde das populações, não significa que as idades mais avançadas fiquem imunes á incapacidade, o que não deixará de se colocar como um problema para as próximas gerações e constituir assim, um novo risco social.

Com base numa investigação destinada a estudar as características dos idosos com velhice óptima, foram recolhidas características nos domínios biomédico, psicológico, social e físico (Correia, 2003). Essas características foram:

- Elevado nível de escolaridade
- Elevada capacidade de expiração pulmonar (significativamente relacionada com a manutenção das actividades cognitivas)
- Aumento da actividade física fatigante (sem excesso)
- Percepção positiva da eficácia pessoal ou autoconfiança

O envelhecimento activo depende de uma diversidade de factores determinantes que envolvem indivíduos, famílias e países (OMS, 2005). Embora não seja possível atribuir uma causa directa a qualquer um dos factores determinantes, as evidências substanciais

sobre o que determina a qualidade de vida dos idosos sugerem que todos estes factores, e a interacção entre eles, são bons indícios de como os indivíduos e as populações envelhecem. No entanto, há necessidade de mais estudos para esclarecer e especificar o papel de cada factor determinante, assim como da interacção entre eles, no processo de envelhecimento activo. Segundo a OMS (2005), os determinantes para o envelhecimento activo, incluem os: determinantes transversais (como a cultura e o género); determinantes pessoais (como a genética e a inteligência); determinantes comportamentais (como o tabagismo, actividade física, alimentação, álcool, medicamentos, saúde oral, iatrogenia e a adesão terapêutica); ambiente físico (como a habitação, quedas e a salubridade ambiental); serviços de saúde e serviços sociais (como os de promoção da saúde e prevenção de doenças, cuidados diferenciados, cuidados continuados e serviços de saúde mental); determinantes económicos (como os rendimentos, protecção social e o trabalho); e determinantes sociais (como o apoio social, violência e maus-tratos e a educação/alfabetização).

A evolução histórica das políticas sociais da velhice em Portugal tem sido parca na emergência de medidas inovadoras dirigidas no sentido de um envelhecimento activo, na promoção da participação, optimização de estilos de vida mais activos que contribuam para uma maior qualidade de vida das pessoas que envelhecem, quer ao nível do habitat, do acesso a actividades de lazer, desportivas, culturais, voluntariado e de cidadania, quer ao nível das acessibilidades, da fiscalidade, da saúde ou, até mesmo, ao nível das respostas sociais, na criação de uma rede diversificada, como os apartamentos, as residências medicalizadas, os centros de alívio temporário, os centros especializados para a demência, todas elas enquadradas numa linha reabilitadora (Gil, 2008). Apesar disso, nos últimos anos a criação de dezenas de universidades de terceira idade em Portugal, vislumbra uma crescente dinamização de actividades sociais, culturais, educacionais e de convívio, dirigida aos maiores de 50 anos. Para além de um modelo de formação de adultos e de um espaço de cultura e convívio, as universidades da terceira idade são também um projecto de saúde, uma vez que (como estudos de investigação comprovam) melhoram a qualidade de vida dos seniores (Jacob, 2005).

2. ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

Na conjuntura actual, podemos enquadrar a dependência no contexto do envelhecimento da população e das alterações sócio-familiares. Neste sentido há que referir que: a situação demográfica na Europa caracteriza-se por uma baixa taxa de fecundidade e uma esperança de vida crescente, de que resulta uma sociedade envelhecida, em que as pessoas vivem por mais tempo com boa saúde, mas ao mesmo tempo o número de idosos com doenças crónicas aumenta e o factor dependência tem tendência a crescer significativamente; por outro lado a família tradicional evoluiu para novas estruturas familiares (famílias mais reduzidas e maior número de famílias monoparentais) em que as interdependências intergeracionais estão a mudar e que o indivíduo, a família e a sociedade deverão adaptar-se a esta nova situação. Assim, a problemática da dependência exige uma intervenção biológica, psicológica e social para fazer face a este problema da nossa sociedade actual.

Segundo o Conselho da Europa (1998), designa-se por dependência um estado no qual o individuo que, por razões ligadas à falta ou à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, tem necessidade de uma assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os actos correntes de vida diária e, de modo particular, os referentes ao cuidado pessoal. No âmbito do DL nº 265/99 de 14 Julho, consideram-se em situação de dependência os indivíduos que não possam praticar com autonomia os actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene, carecendo da assistência de outrem.

Como refere Figueiredo (2007) estas definições de dependência encerram a existência de três factores para se poder falar de dependência: a existência de uma limitação física, psíquica ou intelectual que compromete determinadas capacidades; a incapacidade para realizar por si as actividades de vida diária; a necessidade de assistência ou cuidados por parte de terceiros. Esta perspectiva é coerente com a nova classificação de incapacidades da OMS (2004), denominada Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e que propõe o seguinte esquema conceptual para interpretar as consequências das alterações de saúde:

- Défice de funcionalidade: é a perda ou anomalia de uma estrutura ou de uma função anatómica, fisiológica ou psicológica.

- Restrição de actividade: restrição ou perda de capacidade para exercer actividades consideradas normais para o ser humano, em consequência de um défice de funcionamento.
- Restrição da participação: desfasamento entre as limitações surgidas, na sequência de um défice no funcionamento e/ou restrição da actividade, e os recursos a que o individuo tem acesso, ficando em desvantagem no que se refere a um papel social considerado normal.

Segundo Figueiredo (2007), embora o conceito de dependência se sobreponha muitas vezes ao de incapacidade, eles não são sinónimos. Por exemplo, o indivíduo que sofre de uma diminuição da acuidade visual pode ser incapacitado mas, mesmo se sofrer uma restrição da alguma actividade, esta pode ser compensada mediante a adaptação do meio, não havendo necessariamente dependência de outras pessoas para realizar essa actividade.

Uma pessoa dependente será, então, aquela que durante um prolongado período de tempo necessita de ajuda de outra pessoa para realizar determinadas actividades do quotidiano. A dependência tem sido avaliada pelo método de avaliação da capacidade funcional. A funcionalidade tem sido definida como a capacidade de um indivíduo para se adaptar aos problemas e exigências do quotidiano e é avaliada com base na capacidade e autonomia de execução das actividades de vida diária que, por sua vez se subdividem em: actividades básicas de vida diária, como higiene pessoal e vestir; actividades instrumentais de vida diária, como fazer compras e gerir os medicamentos; actividades avançadas da vida diária, ligadas à auto-motivação, como actividades de lazer e contactos sociais. Saliente-se que estas últimas não fazem parte da avaliação funcional multidimensional (Figueiredo, 2007).

No sentido de operacionalizar o conceito de dependência, para se saber o quão dependente é um indivíduo, é fundamental avaliar a sua capacidade funcional, pois esta avaliação ajudará a determinar a evolução dos sujeitos e os cuidados necessários aos mesmos. Em termos metodológicos, o grau de dependência tem sido avaliado por meio de escalas de capacidade funcional. Segundo Fernández-Ballesteros (2000) as principais escalas utilizadas para medir a capacidade funcional foram validadas referindo-se à classificação das actividades de vida diária, especialmente as referentes às actividades básicas e instrumentais de vida. Assim, as escalas mais conhecidas e utilizadas são as seguintes:

- *Índice de Katz (1963)*: mede as actividades básicas de vida diária, mediante sete possíveis categorias de dependência. É muito adequado para avaliar o grau de dependência de idosos com doenças crónicas. Em evolução é pouco sensível para medir as pequenas mudanças que se verificam no grau de dependência
- *Escala de Barthel (1965)*: mais sensível que a anterior para poder detectar-se pequenas mudanças no grau de dependência, especialmente a mais recente adaptação da escala original, bastante mais sensível a essas pequenas mudanças, a *Escala de Barthel Modificada de 1989*. Mede também as actividades básicas de vida diária, incluindo a mobilidade.
- *Escala de Incapacidade Física da Cruz vermelha (1986)*: avalia a capacidade para o auto cuidado classificando a pessoa em seis graus. Correlaciona-se fortemente com o Índice de Katz, independentemente da pessoa que a aplique, sendo a sensibilidade e especificidade especialmente alta para os graus leves e severos e é também sensível às pequenas mudanças.
- *Escala de Lawton e Brody (1969)*: mede as actividades instrumentais de vida diária em oito áreas diferentes, sendo de amplo uso e avaliando as primeiras observações significativas de deterioração funcional.

Segundo Moore, Moseley & Palmer (2009), os adultos idosos enfrentam uma grande variedade e uma prevalência elevada de problemas de saúde físicos e cognitivos que podem afectar adversamente a capacidade para um funcionamento independente. Nestas situações, os instrumentos baseados no desempenho podem justificar o tempo e os custos adicionais que comportam, especialmente se ponderarmos as potenciais complicações associadas à avaliação incorrecta da capacidade funcional, como por exemplo, reinternamentos hospitalares e gestão ineficaz do regime terapêutico. O desempenho funcional encontra-se bastante individualizado e pode variar com base em factores como a cultura, a situação socioeconómica e a presença de problemas de saúde.

A capacidade funcional corresponde à capacidade do indivíduo poder cuidar de si próprio, desempenhando tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que vive. Deve ser avaliada segundo o que o individuo faz no seu quotidiano e com os meios de que dispõe e ser relacionada com factores intrínsecos, de natureza física e mental, e com factores extrínsecos, de natureza social, económica e ambiental, que interfiram na função.

Deve ser classificada de acordo com o grau de auto-suficiência nesse desempenho, o que, em termos dicotómicos, se pode manifestar como independência (quando há total independência, ou apenas a utilização de auxiliares mecânicos mediante o uso dos quais as limitações existentes são ultrapassadas) ou dependência (quando há necessidade de ajuda regular de terceiros, na execução de pelo menos uma das tarefas de funcionalidade). De acordo com uma possível graduação da disfunção, podemos graduar a capacidade funcional em três níveis: independência, com ausência de recurso a qualquer apoio; autonomia, com recurso a apoios mecânicos; dependência, com recurso a terceiros (Botelho, 2005).

Baltes (1993), citado por Fonseca (2006), defende que a capacidade funcional adquire expressões distintas consoante a idade dos sujeitos, servindo-se os idosos, em particular, de mecanismos de selecção, optimização e compensação, para adequarem as suas respostas comportamentais às necessidades sentidas e aos recursos disponíveis, mantendo ou optimizando a sua autonomia.

Segundo Figueiredo (2007), o grau de dependência pode ser classificada em dois níveis: ligeira ou grave. O idoso com dependência ligeira necessita de supervisão ou vigilância, já que possui alguma autonomia pessoal e consegue realizar determinadas actividades da vida diária, necessitando apenas de apoio de terceiros para o desempenho de algumas actividades específicas, como na mobilidade. Finalmente, o idoso com dependência grave necessita de ajuda permanente no seu quotidiano, quer isto dizer que não tem capacidade para executar um determinado conjunto de actividades elementares: por norma, trata-se de pessoas acamadas ou com graves restrições da mobilidade e que, muitas vezes, possuem outras disfunções associadas como, por exemplo, dificuldades a nível do controlo esfíncteriano.

Segundo Lezaun & Salanova (2001), citados por Figueiredo (2007), o conceito de dependência encerra em si mesmo três noções fundamentais: a multidimensionalidade; a multicausalidade e a multifuncionalidade. A multidimensionalidade evoca que a dependência engloba múltiplos domínios: físico; mental e social. A noção de multicausalidade revela a implicação de vários factores que influenciam o surgimento, progressão e manutenção da dependência, nomeadamente factores biológicos, psicológicos e contextuais. A multifuncionalidade, tendo em conta que a dependência não tem que assumir apenas uma única função nem tem o carácter de irreversibilidade com que muitas

vezes é perspectivada. Pode, desta forma, afirmar-se que o conceito de dependência não é sinónimo de velhice ou envelhecimento.

Paúl (2005), com base em vários estudos, sumaria que a dependência, sendo uma combinação de factores biológicos e cognitivos, resulta da idade, do estatuto socioeconómico, da capacidade subjectiva e dos estilos de vida dos indivíduos, ou seja, os idosos mais autónomos são os que têm maior capacidade física e mental, parecendo comprovar-se empiricamente a concorrência de factores biopsicossociais para envelhecer de forma independente.

Sendo assim, a par desta noção de multicausalidade inserido no conceito de dependência e a diversidade destas causas, surge como uma das inquietações da Gerontologia, determinar quais os factores que influenciam o grau de dependência dos idosos.

2.1 DIMENSÃO BIOLÓGICA

Apesar da maioria das pessoas idosas encontrar-se funcional e não apresentar limitações a nível da realização das actividades de vida diária, a investigação tem demonstrado a estreita ligação entre dependência e idade, sendo que a percentagem de indivíduos que apresentam limitações na capacidade funcional aumenta ao considerar-se coortes populacionais de idades mais avançadas, principalmente depois dos 75 ou 80 anos (Figueiredo, 2007).

Diniz (2005) refere que, apesar da maioria das pessoas idosas não apresentar diminuição de funcionalidade, com o aumento progressivo da esperança de vida e o aumento do número de pessoas idosas, com patologias de evolução prolongada potencialmente incapacitantes, surge, na sociedade onde vivemos, o enorme desafio de promovermos a possibilidade dessas pessoas viverem de forma mais activa e autónoma possível. A Organização Mundial de Saúde estima que, nos próximos vinte anos, aumentem substancialmente as necessidades em cuidados de saúde da população idosa, paralelamente a um aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada.

À medida que se envelhece, a impossibilidade de realizar de forma independente algumas actividades do quotidiano acontece devido a dois motivos que não se excluem: a dependência pode ser originada por uma ou, geralmente, várias doenças crónicas; a dependência pode ser o reflexo de uma perda geral das funções fisiológicas atribuível ao

processo global de senescência. No primeiro caso, por exemplo, situam-se todos aqueles indivíduos cuja incapacidade funcional deriva de processos crónicos fortemente associados á idade: doenças cardiovasculares, neoplasias, demências, artroses e fracturas e doenças respiratórias. A segunda razão relaciona-se com a perda de vitalidade que experimentam a maioria dos organismos com a idade (Manton, Marín & Casanovas, 2001, citados por Figueiredo, 2007).

Estima-se, actualmente, que 80% das pessoas idosas padeçam, pelo menos, de uma doença crónica e para muitos verifica-se a presença de duas ou mais destas condições. Quer se revista de carácter físico ou mental (ou de ambos), a doença crónica é uma das maiores causas de incapacidade, significando a perda de independência (Figueiredo, 2007).

Segundo Berger (1995, c)), prevalece a ideia de que o aumento da esperança de vida não tem sido acompanhado de um aumento da qualidade de vida e de saúde, no entanto, acreditar que a doença e a dependência são sinónimos é um erro grave. Quanto às doenças crónicas associadas à dependência não abrangem senão uma pequena percentagem da população idosa (cerca de 7%). Já Marín & Casanovas (2001), citados por Figueiredo (2007), referem que a prevalência de doenças crónicas (como as cardiovasculares, hipertensão, reumatismo, diabetes e doenças mentais) também aumentou substancialmente com o aumento da esperança de vida e as suas consequências incapacitantes reflectem-se mais quando a população vive mais tempo. Surgiu por volta dos anos 80, portanto, a questão de se o aumento da esperança de vida tem tido contrapartida negativa no aumento da probabilidade de passar esses anos adicionais numa situação de dependência, dando origem a duas teorias com visões opostas.

A primeira, designada por Teoria da Compressão da Morbilidade (Fries, 1993, citado por Figueiredo, 2007) defende que a adopção de estilos de vida mais saudáveis e os avanços da tecnologia médica levaram ao aumento da esperança de vida, mas também permitiram que as doenças crónicas e as incapacidades funcionais passassem por um processo de «compressão», ou seja, se manifestassem durante períodos de tempo cada vez mais curtos antes da morte. Este autor argumenta que, devido à melhoria dos cuidados de saúde, a sociedade actual está a afastar a doença e a incapacidade para uma fase mais tardia da vida. Esta conclusão decorre da formulação de uma hipótese fundamental, em que a vida humana tem um limite biológico que ronda os 85 anos de idade. Isto quer dizer que teremos um maior período da nossa vida livre de incapacidades, ao qual se seguirá um breve período de incapacidades antes de morrer.

A segunda teoria, denominada Teoria da Expansão da Morbidade (Kramer, 1980, citado por Figueiredo, 2007), reconhece que as mudanças nos estilos de vida proporcionam uma redução no risco de se vir a sofrer de doenças mortais. No entanto, tais transformações não se repercutem no início ou na progressão na maioria das doenças degenerativas associadas ao envelhecimento. Deste modo, advoga que o principal efeito do avanço dos tratamentos médicos é o de prolongar a vida daqueles que sofrem de doenças crónicas, sem que isso resulte em ganhos na qualidade de vida consideráveis. Portanto, neste caso, a redução das taxas de mortalidade levará ao prolongamento do tempo durante o qual as doenças crónicas e a incapacidade funcional se poderão manifestar.

Apesar de ainda não haver consenso entre estas duas teorias, existem fortes probabilidades de que um aumento na esperança de vida signifique períodos mais longos de incapacidade e dependência para as pessoas idosas (Salvage, 1995, citado por Figueiredo, 2007).

Os problemas de saúde real dos idosos são principalmente de ordem crónica e estão relacionados com o processo de senescência e diversos outros factores entre os quais se encontra a diminuição de reservas fisiológicas e o enfraquecimento dos mecanismos de homeostasia. As doenças crónicas têm uma prevalência elevada nas pessoas idosas, sendo que 70% a 86% destas têm pelo menos um problema crónico. A presença destas doenças constitui uma desvantagem para a qualidade de vida dos idosos, como factor de risco de limitações nas actividades de vida diária (Berger, 1995, c)).

Por outro lado, os resultados de um estudo recente sobre a caracterização da qualidade de vida e bem-estar de idosos com 75 ou mais anos numa amostra portuguesa (Sousa, Galante & Figueiredo, 2002, citados por Ribeiro, 2005), evidenciam a presença de um índice superior de limitações funcionais nas mulheres idosas, apresentando estas também mais doenças crónicas que os homens. De acordo com o DGS (2006), a saúde das pessoas idosas é o resultado das experiências passadas em termos de estilos de vida, sendo a sua qualidade de vida largamente influenciada pela capacidade de manter a autonomia e a independência. Por outro lado, quer do ponto de vista fisiológico quer psicológico, os determinantes da saúde, à medida que envelhecemos, estão ligados também ao género. Os homens podem esperar, em termos relativos e de um modo geral, viver mais tempo sem incapacidade física de longa duração, apesar da esperança de vida ser inferior à das mulheres.

Segundo Peres (1994), o envelhecimento relaciona-se com características genéticas e com factores ambientais, entre os quais a alimentação tem um papel determinante. Uma alimentação saudável ao longo da vida, sem défices ou excessos, cria condições para que os idosos se mantenham saudáveis por mais tempo possível. Considerando o nosso país, a verdade, é que a maioria dos nossos idosos arrasta o peso das doenças crónicas metabólicas e degenerativas, com implicações no seu grau de capacidade funcional. Ora, hoje sabe-se que grande parte da responsabilidade da prevalência destas doenças crónicas cabe ao sedentarismo e aos erros alimentares. Com base na DGS (2008), um investimento realizado na promoção de uma alimentação saudável, tem sempre compensações económicas significativas a curto, médio e longo prazo. Uma boa alimentação é importante em qualquer etapa da vida, promovendo o fortalecimento e manutenção dos ossos e músculos e fornecendo energia ao corpo. Fazer uma dieta adequada ajuda a reduzir o risco de doenças e pode melhorar a qualidade de vida nas pessoas que sofrem de doenças crónicas. A qualidade de vida não se traduz apenas pela ausência de doença mas também pela manutenção da independência, da mobilidade e das funções cognitivas.

É por isso desejável combater as condições que levam á má nutrição nos idosos, e que são: o isolamento social, com perda de interesse para cozinhar e comer; marginalização familiar; pobreza; hábito de jantar pouco e de não cear (promovido pelos centros de dia, que fornecem um almoço copioso, desincentivando as restantes refeições que se tornam inexistentes ou insuficientes), abuso de álcool, sal e açúcar; dificuldades de mastigação; doenças associadas e polimedicação não vigiada; maus hábitos e caprichos alimentares (Peres, 1994).

Os problemas de saúde mais comuns nos idosos, que se relacionam com má alimentação são: obesidade; obesidade com atrofia da massa magra; aterosclerose, diabetes, hipertensão arterial e vasculopatia isquémica; doenças osteoarticulares, sobretudo graves e frequentes nas mulheres; mastigação deficiente, insuficiência digestiva, obstipação e calculose biliar; magreza e desnutrição (Peres, 1994).

A desnutrição, é sobretudo a mais prevalente dos problemas de saúde relacionados com a má alimentação dos idosos na idade avançada, com implicações directas sobre a sua capacidade funcional. Pallàs (2005), define desnutrição como o transtorno corporal produzido por um desequilíbrio entre o aporte de nutrientes e as necessidades do indivíduo, causado por uma dieta inapropriada ou porque o organismo utiliza desadequadamente os nutrientes. A desnutrição provoca nos idosos uma deterioração rápida e significativa da

função imunitária e favorece o aparecimento de doenças, havendo uma relação recíproca entre desnutrição e doença (adoecem mais os idosos desnutridos e desnutrem mais facilmente os idosos doentes). A prevalência da desnutrição nesta população varia de acordo com o local de residência, pela presença de doença aguda e pela multiplicidade de métodos de avaliação, pelo que os dados que se conhecem actualmente são bastante dispares: idosos que residem no seu domicílio, varia entre 1-15%; idosos internados num hospital de agudos, varia entre 35-65%; idosos em instituições geriátricas de longa duração, varia de 25-60%.

Segundo Sanz & Zauny (2004), a desnutrição pode manifestar-se sob a forma de dois síndromes clínicas diferentes:

- Marasmo: com início gradual, que resulta do défice de ingestão calórica, manifestando-se por caquexia generalizada e ausência de edemas
- Kwashiorkor: com início rápido, que resulta do défice de ingestão proteico-calórica, manifestando-se pela presença de edemas.

Na maioria das situações a desnutrição no idoso é uma mistura destes dois síndromes. Como refere Sanz & Zauny (2004), os idosos desnutridos apresentam uma diminuição das defesas imunológicas, aumento da incidência de úlceras de pressão, má cicatrização de feridas, diminuição da capacidade funcional, internamentos hospitalares mais prolongados e mais frequentes nos períodos agudos das doenças e aumento da mortalidade.

Segundo Vieira (2001), as necessidades energéticas diminuem com a idade, quer por diminuição do metabolismo basal quer pela diminuição da actividade física. A perda de músculo é muito elevada nas mulheres pós-menopausadas e em ambos os sexos acima dos 80 anos. Esta perda muscular provoca uma diminuição da força, mobilidade e equilíbrio, contribuindo para o aumento da frequência de quedas e a incidência de fracturas. Só em Portugal, verificam-se mais de 6 mil fracturas da anca por ano, devido á osteoporose e uma em cada cinco pessoas não volta a recuperar a marcha. A perda de músculo, a diminuição do metabolismo, a baixa actividade, têm implicações nutricionais, dado que reduzem as necessidades energéticas cerca de 100 Kcal em cada 10 anos, a partir dos 30 anos, o que provoca uma maior dificuldade em conseguir os micronutrientes necessários.

Por outro lado, Pallàs (2005), entende que a pluripatologia, a polimedicação e as mudanças biológicas e psicossociais associadas ao envelhecimento podem influenciar negativamente a ingestão de alimentos, a digestão e absorção dos nutrientes e a utilização

dos mesmos. Já as suas consequências, algumas já referidas atrás, são: as alterações da função imunitária, com elevada incidência de infecções; a fragilidade ou menor capacidade de reserva orgânica, imobilidade, incontinência de esfíncteres, estados confusionais agudos, úlceras de decúbito e anorexia; menor resposta à medicação e cascata de problemas de saúde, com internamentos hospitalares repetidos e prolongados e sobrevivências curtas.

Segundo Loureiro (2008), as consequências clínicas da desnutrição do idoso são:

- ❖ Alteração do estado geral com anorexia devido a deficiente ingestão crónica com carência de oligoelementos nomeadamente o zinco, astenia geral, apatia devida a carência vitamínica e o emagrecimento;
- ❖ Alterações cardiovasculares, o risco cardiovascular aumenta pelo défice de folatos, vitamina B12 e B6 e pelo aumento de homocisteína, o que leva ao aumento da mortalidade por insuficiência cardíaca;
- ❖ Alterações intelectuais e psíquicas, a desnutrição nos idosos é responsável pelo défice intelectual e por quadros depressivos devido ao défice de folatos e vitamina B12 e ao aumento da homocisteína;
- ❖ Alterações músculo-esqueléticas, a diminuição da massa e força muscular leva a perturbações do equilíbrio e a quedas frequentes e a diminuição da massa óssea leva à osteoporose;
- ❖ Alteração da função gastrointestinal, o retardamento do peristaltismo intestinal induz uma estase digestiva que pode conduzir à constituição de um fecaloma que acresce os riscos de infecção por multiplicação bacteriana. A diarreia é frequente, podendo coexistir com o fecaloma. Estes problemas digestivos fazem parte da manutenção de um círculo vicioso de má nutrição. Podem ser causas de problemas hidroelectrolíticos, por fuga de água, ou de défices em vitaminas e oligoelementos, pela multiplicação microbiana que os utiliza no seu próprio metabolismo.
- ❖ Perturbações da regulação da glicose, atraso na secreção de insulina, aumento da resistência periférica à insulina o que leva a hiperglicémia, diminuição das reservas de glicogénio o que traduz em hipoglicémias de jejum, perturbações de hidratação e cicatrização, o que implica desidratação e escaras respectivamente;
- ❖ Depressão dos mecanismos imunitários, a desnutrição proteica-calórica agrava a deficiência fisiológica devida ao envelhecimento e leva a um

verdadeiro défice imunitário adquirido pelo indivíduo idoso desnutrido, que fragiliza os seus mecanismo de defesa e favorece as infecções.

Como refere Peres (1994), os idosos devem repartir pelo dia as refeições, evitando refeições demasiadas próximas ou afastadas, sendo desejáveis intervalos de 3 horas e meia a 4 horas entre as refeições e estas deverão ser pouco volumosas e muito fáceis de digerir. O jejum nocturno nunca deve ser superior a 10 horas. O costume de quase não jantarem e de ingerirem nada quando vão para a cama é responsável pela frequência crescente de mortes nocturnas, em combinação de uma irrigação cerebral ou cardíaca deficiente (com consequente hipoxia) com uma hipoglicemia induzida por falta de alimentação.

2.2 DIMENSÃO PSICOLÓGICA

Ser idoso é uma condição plural dos indivíduos que têm o privilégio de experimentar vidas longas. A condição de ser idoso compreende-se na sequência das histórias de vida e corresponde a padrões diversificados de comportamentos e contextos. As várias formas de envelhecer incluem idosos bem-sucedidos e activos, mas também idosos incapazes, cuja autonomia está limitada pela doença e pelo contexto onde vivem. A complexidade do processo de envelhecimento e a heterogeneidade dos resultados emergem em termos de bem-estar psicológico (Amado, Fonseca, Martín & Paul, 2005).

Segundo Novo (2003), citado por Amado, Fonseca, Martín & Paúl (2005), define-se bem-estar psicológico como a qualidade de funcionamento psicológico, o que incluirá a autonomia, o domínio do meio, as relações positivas com os outros, os objectivos na vida, o crescimento pessoal e a aceitação de si mesmo. Pode ser encarado como um indicador de adaptação à condição de idoso, do qual podemos destacar particularmente a satisfação de vida e a saúde percebida, com variações associadas a factores de nível individual e ambiental.

Paúl (1992) considera que o conceito de satisfação de vida deve ser delimitado e considera que este se refere à avaliação que as pessoas fazem da vida como um todo, reflectindo a discrepância percebida entre as aspirações e as realizações, mas que integram em si mesmo coisas tão diferentes como atitudes, traços de personalidade e afectos. Para Capsi & Elder (1986), citado por Fonseca (2006,a)), para alcançar a satisfação de vida na

velhice implica que se adopte, ao longo do curso da vida, formas de transacção ideal entre o individuo e o ambiente baseadas num ajustamento entre os recursos pessoais e as exigências impostas pelos acontecimentos de vida, sendo que o tipo de respostas que as pessoas elegem como mecanismo de *coping* acabam por fazer a diferença entre elas, quando envelhecem, em termos de satisfação de vida.

Como refere Qualls (1992), citado por Fonseca (2006, a)), a satisfação de vida requer um ajustamento entre a pessoa e o ambiente. Este autor invoca a este propósito o “síndrome de ruptura social”, que traduz a existência de uma sequência circular de múltiplas causalidades que provocam uma desvalorização comprometedora da satisfação de vida na velhice, manifestada pelos seguintes sintomas: maior susceptibilidade individual; dependência face a rótulos; adaptação passiva ao papel de dependente; aprendizagem de hábitos inerentes a um papel de dependente; imagem de si próprio como desajustado. A ideia de fundo inerente a esta ruptura social é que a idade pode funcionar como um factor de estratificação social, contribuindo para um sentimento de perda de satisfação de vida.

Procurando estabelecer se existe algo que comprometa seriamente a satisfação de vida na velhice, Paúl (1992), concluiu a partir de um estudo que o sentimento de solidão surge como principal aspecto de toda a problemática relativa à satisfação de vida, independentemente do contexto em que o idoso vive. No entanto, Neto (2000), citado por Fernandes (2005), com base em inquéritos realizados em diferentes coortes populacionais demonstraram que o sentimento de solidão diminui com a idade. Este facto, pode ser explicado pela teoria da selectividade sócio-emocional de Carstensen, Isaacowitz e Charles (1999), citados por Paúl (2006), em que se defende que a percepção do tempo tem um papel fundamental na selecção dos objectivos sociais. Assim, no que se refere á rede social de suporte, as pessoas idosas interagem com menos pessoas e preferencialmente com pessoas muito conhecidas (velhos amigos e família), reformulando o seu mundo social para que as respostas negativas possam ser evitadas e as positivas optimizadas. É pois, uma forma de controlo emocional, que reflectem a adaptação activa a circunstâncias sociais, moldadas pelo tempo, como as perdas associadas ao envelhecimento. Segundo Fernandes (2005), a solidão é um sentimento (sentir-se só no meio da multidão) e um estado (não ter ninguém para conviver), já Neto (2000), citado por este autor, define solidão como uma experiência subjectiva, psicologicamente desagradável e caracterizada por um relacionamento deficiente. Pedroso & Portella (2003), afirmam que a solidão deve ser vista

como um fenómeno psicológico subjectivo desagradável e por isso, não é sinónimo de isolamento, representando uma insatisfação com o número ou qualidade total dos contactos sociais, que surge da discrepância entre as relações sociais actuais e as desejadas. Walker (1996), citado por Fernandes (2005), refere que 10% a 14% dos idosos sentem solidão.

No estudo de Paúl (1992), verificou-se que os idosos analfabetos vêem acrescida a sua solidão, pelas dificuldades que têm no acesso à informação, reforçando o seu isolamento. Como para Barreto (1984), citado por Fonseca (2006,a)), a inexistência de educação escolar, bem como a falta de experiência anterior em actividades de ocupação de tempos livres, está relacionado com este sentimento de solidão. No entanto, ainda segundo Barreto, as principais causas de solidão parecem ser diferenciadas segundo o sexo. No homem deve-se à reforma e na mulher à viuvez, sendo que a sua intensidade é mais negativa nos homens, sentida como causa de frustração, ao passo que nas mulheres, a solidão é encarada de uma forma mais natural. Segundo Paúl (1992), o sentimento de solidão não está indissociavelmente ligado à velhice ou a acontecimentos que com ela se relacionam (como a reforma e a viuvez), mas sobretudo à falta de objectivos, quer através do estabelecimento de relações mais próximas com os outros, quer através da realização de actividades que proporcionam bem-estar.

Relativamente às causas de dependência nos idosos, Baltes & Carstensen (1999), citados por Fonseca (2006,a)), sugerem uma explicação centrada em factores de natureza essencialmente psicológica, defendendo que a dependência não decorre automaticamente de problemas relacionados com o envelhecimento biológico, mas que deve ser vista como consequência de condições sociais e individuais específicas, de que resulta uma tendência para sobreproteger os idosos e negligenciar as suas áreas fortes. A dependência pode então ser aprendida e funcionar de forma adaptativa, e nesta medida, ser exercida como meio de controlo passivo sobre o ambiente, evitando a solidão. Por exemplo, Barreto (1984), citado por Fonseca (2006,a)), concluiu num estudo que o processo de progressivo desligamento social é mais frequente nos indivíduos reformados casados e acompanha-se, regra geral, por um reforço da ligação ao cônjuge, que no homem toma frequentemente a forma de dependência em relação à mulher.

Os conceitos de controlo e auto-determinação (auto-eficácia) estão relacionados e contribuem para explicar como é que as pessoas reagem às exigências externas da vida diária, sendo que as suas capacidades de auto-determinação são um aspecto fundamental para o envelhecimento activo (Paúl, 2006). Em oposição à manutenção do controlo,

surtem como consequências claras o declínio cognitivo e funcional observado nomeadamente em situações institucionais (Paúl, 1997). Segundo Paúl (2006), o conceito de auto-determinação, pode definir-se como o grau de confiança que as pessoas têm na sua capacidade de serem bem sucedidas em comportamentos específicos, pelo que, uma baixa auto-determinação prevê maior incapacidade funcional, logo, sempre que a sociedade inibe ou não promove comportamentos activos por parte dos idosos, reduz o sentimento de auto-determinação com consequências muito negativas a nível do comportamento e participação do idoso e reforço da dependência, tendo implicações na suas atitudes face ao próprio envelhecimento. Vários investigadores mostraram a relação entre as crenças de controlo e a incapacidade. Seeman et al. (1999), citado por Paúl (2006), demonstraram que uma baixa crença de auto-determinação instrumental prevê declínios no estatuto funcional de homens e mulheres, independentemente das variáveis sócio-demográficas, estado de saúde e comportamentos de saúde, confirmando o impacte destas crenças na percepção de incapacidade funcional, independentemente das capacidades físicas subjacentes. Por outro lado, as conclusões do estudo obtidas por Mendes de Leon et al. (1996), citados por Paúl (2006), encontraram um efeito amortecedor da auto-determinação no declínio funcional face à capacidade física diminuída, sendo que uma capacidade de auto-determinação elevada estava associada menos declínio funcional, entre idosos que mostravam diminuição da capacidade física. A auto-determinação elevada permite que os idosos continuem a realizar as actividades básicas de vida diária quando a sua capacidade está em risco de diminuir. Segundo Paúl (2006), está provado que os indivíduos com auto-percepção mais positiva do envelhecimento vivem mais (cerca de 7,5 anos) e melhor (com mais vitalidade), com base nas investigações de Levy, Slade & Kunkel (2002).

Quanto ao peso da saúde no bem-estar psicológico dos idosos, este é de facto relevante, surgindo claramente como uma das preocupações mais referidas pelos mesmos. No entanto, permanece um paradoxo entre a saúde real (física e mental) e bem-estar psicológico, já que, como refere Rothermund & Brandtstadter (2003), citados por Amado, Fonseca, Martín & Paúl (2005), as dificuldades dos idosos em termos de saúde, associados à presença de doenças, não têm um grande impacte negativo no bem-estar psicológico dos mesmos. Esta constatação poderá explicar-se através de um processo dual de coping, usado pelos idosos para se ajustarem às suas dificuldades:

- *Coping assimilativo*: corresponde a uma tentativa para diminuir as perdas actuais ou antecipadas através de acções compensatórias, ora tentando

transformar as situações negativas em situações que se ajustam aos objectivos, ora diminuindo a discrepância entre o estado actual e o desejado e ideal

- *Coping acomodativo*: corresponde à adopção de objectivos e padrões de mais baixo nível de exigência, permitindo assim manter o sentido de auto-eficácia e controlo sobre a vida.

Rothermund & Brandtstadter (2003), citados por Amado, Fonseca, Martín & Paúl (2005), referem que os esforços compensatórios (*coping* assimilativo) aumentam até aos 70 anos, observando-se a partir daí, porque tais esforços tornam-se menos eficazes, um reajuste de expectativas ao desempenho possível (*coping* acomodativo). O bem-estar psicológico estará também dependente, porém, da existência de recursos externos (equipamentos e serviços) disponíveis para os idosos.

Este paradoxo constata-se no facto da maioria dos idosos considerar-se geralmente saudável, apesar de terem problemas crónicos. Dufresne (1987), citado por Berger (1995, c)), sublinha que as pessoas idosas consideram as suas patologias como sinais de envelhecimento, sabendo que, os idosos que se dizem doentes variam entre 12% a 30%. Este aspecto subjectivo, traduz a percepção pessoal do seu estado de saúde e é um conceito de saúde que não está mais centrado na ausência de doença, mas sim numa noção de autonomia e capacidade funcional. A percepção individual do estado de saúde é influenciada por factores como idade, sexo, nível socioeconómico e cultural, mas o factor mais importante é sem duvida alguma a capacidade de adaptação, isto é, os esforços que cada um desenvolve para se adaptar de maneira satisfatória e evoluir num continuum de saúde.

Com base numa série de estudos realizados por Flick, Fisher, Neuber, Schwartz & Walter (2003), citados por Fonseca (2006,a)), constatou-se que a ausência de doença, por si só, é manifestamente insuficiente para caracterizar o estado de saúde na velhice, sendo necessário entrar em linha de conta variáveis como os sistemas de *coping*, a autonomia e a independência e a auto-determinação, mostrando que a distinção entre saúde e doença não é apenas uma questão de sintomas e de diagnóstico clínico. Tal distinção está fortemente ligada ao modo e em que medida a pessoa idosa é capaz de ajustar a sua vida a determinados limites e restrições, mantendo a autonomia e o controlo, surgindo assim os

traços que melhor definem o conceito de saúde aplicada ao envelhecimento, designado por saúde percebida.

O estudo EXCELSA, realizado por Cerejo, Cruz, Fonseca & Paul (2001), citados por Fonseca (2006, b)), permitiu demonstrar que os idosos que se auto-avaliam como tendo melhor saúde, apresentam melhores resultados em provas de natureza cognitiva, têm mais amigos e mais relações sociais, maior coerência, menor neuroticismo, maior extroversão e abertura à experiência, menor controlo externo e maior controlo interno, fazem mais actividade física, tem menos problemas de saúde e menor consumo de bebidas alcoólicas. Estes dados confirmam que a saúde percebida, constitui um importante critério do qual é possível prever um envelhecimento activo.

A verificação deste modelo teórico passa pela avaliação da satisfação de vida e da saúde percebida e das capacidades de vida autónoma dos idosos, para se poder aferir a possibilidade de associação e de eventuais efeitos de causalidade entre estas diversas medidas.

2.3 DIMENSÃO SOCIAL

É importante perceber que as doenças crónicas e o processo de senescência, só surgem e provocam problemas de dependência nalgumas pessoas de idade avançada. A explicação para este fenómeno reside numa série de variáveis de carácter social e ambiental que condicionam o surgimento e desenvolvimento dos factores precipitantes da dependência, explicando a variabilidade interindividual existente (Figueiredo, 2007).

Quaresma (2004) refere que as situações de dependência não podem deixar de se ligar à análise das condições concretas da existência dos sujeitos, que incluem os factores sociais, económicos, culturais e ambientais, como o habitat, rendimento, cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil, acesso à informação e conhecimento e nível de educação. Peres & Barberger (2001), citados por Quaresma (2004), põem em evidência o facto das pessoas com elevado nível de educação estarem duas vezes mais representadas na categoria dos autónomos do que os outros. Por outro lado, os défices habitacionais, que desencadeiam um risco acrescido de acidentes domésticos e por conseguinte de perda de autonomia, estão associados à questão dos rendimentos. As dificuldades de autonomia são marcadas por limitações materiais, físicas e também sociais.

Destacadamente, o aumento da longevidade foi obtido graças à melhoria das condições económicas da maior parte dos cidadãos permitindo-lhes a aquisição de alimentos com mais facilidade, e por outro lado aos enormes avanços das ciências médicas, em especial no que se refere ao controlo das doenças infecciosas, mas também devido ao melhor conhecimento de um certo número de doenças que puderam ser estabilizadas por diversos fármacos entretanto descobertos. No entanto, as estatísticas publicadas na área da saúde demonstram que as situações de fragilidade do idoso que provocam habitualmente perda parcial ou até total da sua independência, são desencadeadas por internamentos hospitalares, associados à insuficiência funcional que surge por volta dos 70 anos (Saldanha, 2006).

Estes idosos, são indivíduos portadores de múltiplas doenças crónicas, cujos problemas de saúde poderão levar a limitações funcionais, utilizando mais vezes os serviços hospitalares, implicando um tratamento de duração mais prolongada e de recuperação mais lenta e complicada. A hospitalização é, por consequência, considerada de grande risco para este grupo populacional, pois pode ter como repercussões uma diminuição da capacidade funcional e alterações na qualidade de vida do idoso, muitas vezes, irreversíveis (Cordeiro, Perracini, Ramos & Siqueira, 2004).

Segundo Creditor (1993), citado por Cabete (2005), as consequências possíveis da interacção entre envelhecimento, doença e hospitalização podem ser sistematizadas nalguns pontos importantes:

- A diminuição da água corporal característica do envelhecimento, tornam o indivíduo mais vulnerável à desidratação e á hipotensão;
- O internamento com permanência na cama e a administração de sedativos levam a um maior risco de síncope e quedas;
- A diminuição da massa muscular associada ao envelhecimento juntamente com a imobilidade leva a uma perda de 5% de força muscular por dia, o que pode pôr em risco, ao fim de pouco tempo, a capacidade de andar, aumentando também o risco de quedas;
- A redução da capacidade respiratória que acompanha o envelhecimento, quando associada a imobilidade, leva a uma menor ventilação, o que pode conduzir a confusão mental, sonolência ou dispneia, aumentando ainda o risco de pneumonia;

- O envelhecimento, nomeadamente nas mulheres, é acompanhado de uma desmineralização óssea, sendo que a permanência na cama leva a uma aceleração da desmineralização, ou seja, ao agravamento da osteoporose, o que aumenta o risco de fracturas;
- Com o envelhecimento, as características da pele alteram-se, tornando-a mais fina e menos vascularizada, sendo que a imobilidade e a incontinência fragilizam-na ainda mais, sendo grande o risco de desenvolver úlceras de pressão;
- As alterações a nível do esfíncter urinário podem facilitar a ocorrência de incontinência urinária e enquanto no seu ambiente o idoso adopta estratégias para a combater, quando internados, 40% dos idosos desenvolve incontinência funcional, uma vez que estão longe dos sanitários, não são atendidos a tempo, não conseguem deslocar-se sozinhos, a cama é alta e têm medo de cair, há equipamento há volta, além de que muitos medicamentos administrados podem influenciar a eliminação urinária;
- Os deficits sensoriais podem dificultar a orientação do idoso no tempo e no espaço, sendo que o ambiente estranho do hospital, a frequente privação dos óculos ou da prótese auditiva, pode levar á confusão e ao delírio.

Assim, podemos constatar que a interacção entre estes factores, onde se inclui a hospitalização, surge como precipitante de um declínio funcional nos idosos.

Em parte, o declínio funcional que ocorre durante o internamento pode ser atribuído a factores iatrogénicos, como a polimedicação, ou a infecções nosocomiais, nomeadamente infecções urinárias. No entanto, importa ainda referir que a limitação à cama, o uso de meios de imobilização física, e mesmo as grades da cama têm mais desvantagens do que benefícios (Beers & Berkow, 2000, citados por Cabete, 2005).

Mas por outro lado, este declínio funcional pode também estar relacionado com a atitude terapêutica, mais do que com o diagnóstico. Num estudo realizado por Meissner, Andolsek, Mears e Fletcher (1989), citados por Cabete (2005), comparou-se um grupo de controle de idosos, internado num serviço hospitalar, com um grupo idêntico de doentes internados noutro serviço, no qual foi dado ênfase à manutenção do estado funcional dos indivíduos. Enquanto que no grupo de controle o estado funcional diminuiu, no grupo de intervenção houve um aumento das capacidades funcionais quando avaliadas no momento

da alta, o que demonstra que a diminuição do estado funcional não tem correlação directa com a patologia, mas com o foco da atenção. Contrapõe-se uma visão biomédica, meramente centrada no tratamento da doença, a uma visão holística, que tem em conta a saúde e o bem-estar.

As pessoas idosas em risco acrescido, ou em situação transitória ou instalada de dependência, requerem uma particular atenção da parte dos serviços de saúde hospitalares, em termos de organização de cuidados de controlo e de recuperação global, através de respostas integradas especialmente adequadas, as quais obrigam a uma revisão do paradigma da abordagem curativa dos serviços de saúde. O modelo actual de prestação de cuidados de saúde hospitalares está ainda mais organizado para responder aos episódios agudos de doença, tornando-se portanto desadequado, para responder às necessidades de saúde de uma população em envelhecimento. De facto, gera internamentos evitáveis e prolongados, com desperdício de recursos, acabando por determinar o aparecimento de dependências com implicações significativas a nível socioeconómico (DGS, 2006).

Como refere Cabete (2005), importa ter a noção de que o declínio funcional motivado pelo internamento está na origem de uma procura de respostas sociais formais, devido ao deficit na realização das actividades básicas e instrumentais de vida diária, podendo mesmo levar à institucionalização do idoso aquando da alta hospitalar.

Neste sentido, as condições sociais do idoso (como a educação, rendimento, cuidados de saúde e outros) parecem ser determinantes para a sua autonomia.

Segundo Gil (1999), existem dois níveis de sistemas de suporte social: no plano interindividual, no qual se inscrevem as solidariedades informais e no plano colectivo e organizado, as solidariedades formais. Já Ribeiro (2005), define os dois tipos de suporte social como: o apoio formal, que é aquele que é providenciado numa base organizada e estruturada, por serviços estatais de segurança social ou do poder local, serviços privados, com ou sem fins lucrativos, e/ou a contratação de alguém para tomar conta da pessoa dependente, tratando-se de um cuidado essencialmente básico e instrumental levado a cabo por profissionais; e o apoio informal, que se refere às actividades envolvidas na prestação de ajuda e assistência por familiares, vizinhos e/ou amigos, sem qualquer tipo de compensação económica. Não se limitando um ao outro, a combinação do apoio formal com o informal, surge como um cenário frequente em situações de dependência.

Na construção da tipologia de cuidados ao idoso dependente podemos considerar dois critérios principais: o tipo de cuidados prestados (cuidados básicos, supervisão e gestão); e

o tipo de prestadores de cuidados (perfil familiar e perfil misto). Por cuidados básicos entendemos todos os cuidados de que necessita uma pessoa com elevada dependência tais como, por exemplo, ajudar na higiene pessoal, ajudar a vestir/despir, a comer e a levantar/sentar. O cuidado de supervisão é toda a actividade que implica apenas uma vigilância, um controle à distância sobre as actividades realizadas pelo idoso (como por exemplo aquele que é efectuado através do telefone), que no fundo, trata-se de controlar aquilo que o idoso faz e não ajudá-lo a fazer, ou seja, implica apenas uma orientação. A gestão dos cuidados, é uma ajuda indirecta, visto que se traduz numa intervenção, essencialmente junto dos intermediários e não junto das pessoa idosa, tratando-se de procurar, seleccionar gerir os apoios. Quanto ao perfil familiar de prestação de cuidados, caracteriza-se por uma centralização da prestação de cuidados na família da pessoa idosa dependente, ou seja, não é feito uso de recursos exteriores á rede de parentesco. O perfil misto, combina vários tipos de prestadores de cuidados, que combinam os cuidados prestados pela família e por aqueles que são prestados por agentes fora da família, quer informais, quer formais. Em cada um destes perfis identificamos diversas soluções de prestação de cuidados, que variam em função do tipo de cuidados (básicos, supervisão e gestão) e do tipo de prestadores utilizados (familiares e extra-familiares), que incluem: solução familiar de cuidados básicos; solução familiar supervisão; solução mista de cuidados básicos; solução mista de supervisão; solução mista de gestão (Correia, José & Wall, 2002).

Segundo Gil (2008), a evolução da família (redução do tamanho da família, o aumento das famílias unipessoais, das uniões de facto e do recasamento) e do emprego podem conduzir a uma redução da capacidade de participação familiar nos cuidados, sempre que a dependência ocorra na vida familiar. No entanto, uma coisa é certa, a probabilidade de cuidar de um familiar (cônjuge, ascendente) irá colocar-se cada vez mais nas próximas gerações. Se passámos de um modelo de família, extenso e rural, onde a mulher era quem cuidava das crianças, dos doentes e dos idosos da família, hoje estamos perante um modelo de família nuclear urbano, em que a mulher concilia a sua actividade profissional com a vida familiar.

Como refere Gil (2008), hoje reclama-se uma maior intervenção das famílias no apoio aos mais velhos, sem que esse discurso seja acompanhado, efectivamente, por medidas práticas que fomentem a conciliação entre a vida familiar e trabalho, quer em termos de apoios financeiros (benefícios fiscais), flexibilidade no trabalho (horários de

trabalho, justificação de faltas) ou em licenças de assistência à família, mais alargada e compatíveis com a temporalidade da doença crónica. Por outro lado, não existe uma política que proteja todos aqueles que saem do mercado de trabalho, por livre iniciativa, para cuidarem de outros a tempo inteiro. Remeter a dependência para as responsabilidades familiares, como tem sido tradição na esfera pública, implica preparar, formar, apoiar, acompanhar e supervisionar tecnicamente, os cuidadores que se confrontam com um caminho árduo, muitas vezes ausente de apoios profissionais e de serviços de qualidade. Além disso, existe uma necessidade de reestruturar o actual sistema de apoio à dependência: rever o estatuto de cuidador na protecção entre trabalho e responsabilidades familiares; promover benefícios fiscais às famílias que optam por cuidar no domicílio; adequar o funcionamento dos serviços de apoio social e de saúde, com horários mais compatíveis com quem trabalha; apoios financeiros complementares para as famílias poderem fazer face às inúmeras despesas mensais; melhorar a preparação pedagógica das altas hospitalares por parte dos profissionais de saúde; promover a formação e acompanhamento social e psicológico dos cuidadores familiares; e promover mais formação e a supervisão técnica dos cuidadores formais.

Assim, devido ao envelhecimento progressivo da população, ocorrem com maior frequência situações de vulnerabilidade física e psíquica, que possibilitam o aparecimento de situações patológicas crónicas, que originam, na maioria dos casos, dependência dentro de limites nem sempre controláveis pelo próprio e/ou o seu agregado familiar. As diferentes alterações que se têm verificado na sociedade actual, sobretudo ao nível da composição e funções do grupo familiar, da solidariedade intergeracional e social e à insuficiência de respostas informais adequadas ao controlo das situações de dependência, permitem verificar que, grande número de pessoas em situação de dependência, procuram uma resposta social formal que permita colmatar algumas das dificuldades com que elas e o seu agregado familiar se debatem quotidianamente.

Este tipo de respostas sociais, têm por objectivo a promoção das condições de autonomia e bem-estar do idoso, prestando serviços de apoio formal, através de cuidados aos mesmos no seu meio familiar e social ou em ambiente institucional, privilegiando a sua inserção social e comunitária. Podemos considerar quatro grandes tipologias de respostas sociais a este nível, que são os: Serviços de Apoio Domiciliário; Centros de Dia; Lares de Idosos; Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

O Serviço de Apoio Domiciliário considera-se a resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as actividades de vida diária. São objectivos do Serviço de Apoio Domiciliário, nomeadamente: contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; prevenir situações de dependência e promover a autonomia; prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar; apoiar os utentes e famílias na satisfação das necessidades básicas e actividades de vida diária; colaborar e ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde (DN 62/99 de 12 de Novembro).

Para a prossecução dos seus objectivos o Serviço de Apoio Domiciliário deve proporcionar um conjunto diversificado de serviços, em função das necessidades das pessoas, nomeadamente: cuidados de higiene e conforto pessoal; colaboração na prestação de cuidados de saúde sob supervisão de pessoal de saúde qualificado, com base num plano de cuidados definido e orientado pela equipa de saúde, podendo também proporcionar o acesso a cuidados especiais de saúde; manutenção de arrumos e limpeza da habitação estritamente necessária á natureza do apoio a prestar, confecção de alimentos no domicílio e ou distribuição de refeições, quando associada a outro tipo de serviços; acompanhamento das refeições; tratamento de roupas, quando associado a outro tipo de serviços; disponibilização de informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade adequados à satisfação de outras necessidades. O Serviço de Apoio Domiciliário pode ainda assegurar, entre outros: o acompanhamento do utente ao exterior nas deslocações do mesmo; a aquisição de bens e serviços; actividades de animação, com o objectivo de melhorar a autonomia física e o treino da memória; a orientação ou acompanhamento de pequenas modificações no domicílio que permitam mais segurança e conforto ao utente; apoio em situações de emergência (como por exemplo, o serviço de telealarme). O Serviço de Apoio Domiciliário deve, tendencialmente, funcionar por um período de 24H, incluindo sábados, domingos e feriados (DN 62/99 de 12 de Novembro).

O Centro de Dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida, visando a promoção da autonomia e a prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento. Ao instituir-se o Centro de Dia, no âmbito das

respostas sociais, procurou-se que o mesmo possibilitasse uma oferta de serviços diversificados, permitindo que o individuo permanecesse, o maior tempo possível, no seu meio habitual de vida, retardando e invertendo a lógica da integração em Lar de Idosos como única resposta possível. Simultaneamente, o Centro de Dia é uma resposta que possibilita às pessoas novos relacionamentos e elos de ligação com o exterior, através do estabelecimento de contactos com os colaboradores, voluntários, utentes e pessoas da comunidade (Instituto Segurança Social, a)).

Segundo Bonfim e Saraiva (1996), os objectivos do Centro de Dia são: prestação de serviços que satisfaçam necessidades básicas; prestação de apoio psico-social; fomento das relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento. O Centro de Dia assegura entre outros os seguintes serviços: refeições; convívio/ocupação; cuidados de higiene; tratamento de roupas; férias organizadas. Além destes serviços referidos anteriormente, pode ainda promover o desenvolvimento de serviços de refeições ao domicílio, serviços de apoio domiciliário e acolhimento temporário.

Considera-se Lar para Idosos o estabelecimento em que sejam desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação de tempos livres dos utentes (DN nº 12/98 de 25 Fevereiro).

Segundo o ISS (b)), o Lar de Idosos constitui-se como uma resposta social, num contexto de residência assistida, para pessoas com idade estabelecida para a reforma que por opção própria ou por inexistência de retaguarda social, pretendem integração em estrutura residencial, podendo aceder a serviços de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção da qualidade de vida e para a condução de um envelhecimento sadio, activo e plenamente integrado. Constituem-se como objectivos principais desta resposta: promover a qualidade de vida; proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento, privilegiar a integração com a família e/ou significativos e com a comunidade, no sentido de otimizar os níveis de actividade e de participação social; promover estratégias de reforço da auto-estima, de valorização e de autonomia pessoal e social, assegurando as condições de estabilidade necessárias para o reforço da sua capacidade autónoma para a organização das actividades de vida diária.

A recente Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados criada em 2006 é considerada um *“conjunto sequencial de intervenções de saúde ou de apoio social, decorrentes de avaliação conjunta centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, adaptação e reintegração social e familiar”* (DL N° 101/2006 de 6 de Junho).

O modelo de intervenção integrada desta rede prevê diferentes tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados de saúde e ou de apoio social. A prestação de cuidados continuados é assegurada por: unidades de internamento; unidades de ambulatório; equipas hospitalares; equipas domiciliárias. Constituem unidades de internamento as: unidades de convalescença; unidades de média duração e reabilitação; unidades de longa duração e manutenção (ULDM); unidades de cuidados paliativos. Constitui unidade de ambulatório a unidade de dia e de promoção da autonomia. São equipas hospitalares as: equipas de gestão de altas; equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos. São equipas domiciliárias as: equipas de cuidados continuados integrados; equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (DL N° 101/2006 de 6 de Junho).

A Unidade de Convalescença é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico. A Unidade de Convalescença tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos. A Unidade de Convalescença destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão. Pode coexistir simultaneamente com a unidade de média duração e reabilitação (DL N° 101/2006 de 6 de Junho).

A Unidade de Média Duração e Reabilitação é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a

peças com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. A Unidade de Média Duração e Reabilitação tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação prevista anteriormente. O período de internamento na Unidade de Média Duração e Reabilitação tem uma previsibilidade superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão. Pode coexistir com a unidade de convalescença ou com a unidade de longa duração. A Unidade de Média Duração e Reabilitação pode diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas (DL Nº 101/2006 de 6 de Junho).

A Unidade de Longa Duração e Manutenção é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidados no domicílio. A ULDM tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. A ULDM tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. A ULDM pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto anteriormente, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano (DL Nº 101/2006 de 6 de Junho).

A Unidade de Cuidados Paliativos é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde. As Unidades de Cuidados Paliativos podem diferenciar-se segundo as diferentes patologias dos doentes internados (DL Nº 101/2006 de 6 de Junho).

Temos que ter por isso em conta que este tipo de respostas sociais e os respectivos serviços de apoio formal prestados por profissionais de apoio ao idoso têm como objectivo a promoção/optimização das condições de autonomia e bem-estar dos mesmos.

PARTE II – METODOLOGIA

1. FINALIDADES E OBJECTIVOS

As finalidades desta pesquisa foram definidas assentes no pressuposto de que um melhor entendimento dos factores determinantes que influenciam o grau de dependência dos idosos, permitirão uma intervenção atempada e preventiva/otimizadora desta condição tão frequente na população idosa e que tem implicações significativas na sua qualidade de vida e nos custos sociais e económicos de um País. Sendo assim, podemos considerar como principais finalidades desta pesquisa:

- Prevenir/Otimizar as situações de dependência nos idosos, criando indicadores objectivos dos seus factores determinantes e que permitirão avaliar e intervir eficazmente nos diferentes níveis de prevenção;
- Contribuir através da investigação para melhorar a qualidade de vida dos idosos, potenciando um melhor conhecimento acerca dos factores promotores da sua autonomia e capacitação funcional.

Os objectivos desta pesquisa advêm das questões associadas e que permitiram conferir validade interna à investigação desenvolvida. Assim, definimos como objectivos desta pesquisa, os seguintes:

- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pela sua idade;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pelo seu género;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pelas suas doenças crónicas;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pelo seu estado nutricional;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pelo seu estado civil;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pelas suas habilitações literárias;

- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pelo seu rendimento *per capita*;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pelo seu estatuto socioeconómico;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pela resposta social formal;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pelos serviços de apoio formal;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pelos internamentos hospitalares;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pela sua saúde percebida;
- Analisar como o grau de dependência do idoso é influenciado pela sua satisfação de vida/ânimo.

2. MODELO DE ANÁLISE

O modelo de análise é composto pelas diferentes variáveis que compõem as hipóteses propostas pelo investigador. As variáveis são conceitos, qualidades, propriedades ou características de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação, definidas em termos observáveis e mensuráveis para um dado estudo (Fortin, 1999).

Como variáveis podemos distinguir dois tipos de variáveis existentes nesta pesquisa. A variável dependente, que representa a variável de resultado que interessa ao investigador e que é formulada como uma hipótese para depender de outra variável. As variáveis independentes são a causa presumível da variabilidade existente na variável dependente (Polit & Hungler, 1995).

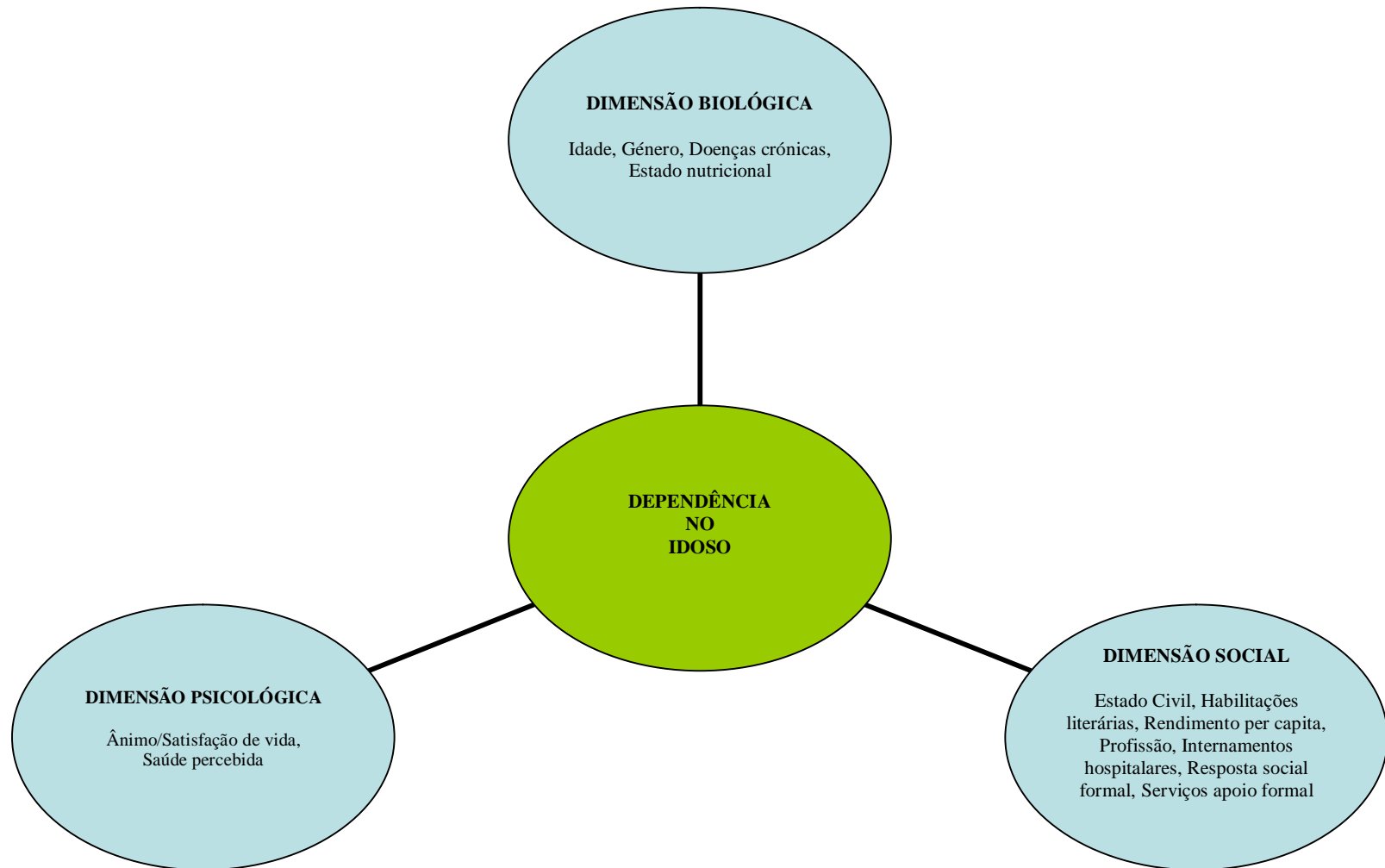
Variável dependente:

- Grau de dependência

Variáveis independentes:

- Idade;
- Género;
- Estado civil;
- Habilitações literárias;
- Profissão;
- Rendimento *per capita*;
- Internamentos hospitalares;
- Doenças crónicas;
- Resposta social formal;
- Serviços apoio formal;
- Saúde percebida;
- Estado nutricional;
- Ânimo/Satisfação de vida

De acordo com as variáveis definidas anteriormente, podemos construir um Mapa conceptual que pretende traduzir a construção desta pesquisa:



Quanto as hipóteses e com base nas variáveis em estudo, propusemos as seguintes:

- A idade influencia o grau de dependência do idoso;
- O género influencia o grau de dependência do idoso;
- O estado civil influencia o grau de dependência do idoso;
- As habilitações literárias influenciam o grau de dependência do idoso;
- O estatuto socioeconómico influencia o grau de dependência do idoso;
- O rendimento *per capita* influencia o grau de dependência do idoso;
- Os internamentos hospitalares influenciam o grau de dependência do idoso;
- As doenças crónicas influenciam o grau de dependência do idoso;
- A resposta social formal influencia o grau de dependência do idoso;
- Os serviços de apoio formal influenciam o grau de dependência do idoso;
- A saúde percebida influencia o grau de dependência do idoso;
- O estado nutricional influencia o grau de dependência do idoso;
- O estado de ânimo influencia o grau de dependência do idoso.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tipo de pesquisa:

O nível de pesquisa utilizada foi *Descritivo*, tendo como finalidade descrever a capacidade funcional dos idosos com suporte social formal no Distrito de Coimbra e tentar comprovar as hipóteses estabelecidas. Foram por isso utilizadas técnicas estruturadas para a recolha de dados, que incluíram um questionário elaborado pelo investigador e várias escalas já validadas anteriormente para a população idosa portuguesa.

Paradigma:

Esta investigação enquadra-se no *Paradigma Quantitativo/Positivista*. O objecto geral desta investigação é concebido em termos de comportamento mensurável, permitindo fazer uma análise extensiva que pretende aferir relações entre variáveis, na sua relação

causa-efeito, podendo contribuir para a construção de um modelo explicativo da dependência do idoso, a partir de variáveis desencadeadoras.

Campo de pesquisa:

Rede Social do Distrito de Coimbra (Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia, Lar ou Residência de Idosos, Unidade Longa Duração e Manutenção de Cuidados Continuados)

População-alvo/Universo de estudo:

Idosos da Rede Social do Distrito de Coimbra

Amostragem:

Os sujeitos foram seleccionados através da técnica de *amostragem não probabilística por quotas*. A amostragem por quotas consiste em formar estratos da população na base de certas características e proceder de maneira que estas sejam representadas em proporções semelhantes às que existem na população (Fortin, 1999). A opção pela utilização desta técnica de amostragem não probabilística deve-se ao facto de ser difícil obter o conjunto da população da rede social que preencha os critérios de inclusão e aos constrangimentos associados à recolha de dados, obtendo-se uma amostra dividindo a população em quatro categorias de resposta social formal nesta região. A proporção da amostra colocada em cada categoria de resposta social formal, foi por conseguinte de 25%. As categorias de resposta social formal seleccionadas para a recolha desta amostra foram as seguintes: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD); Centro de Dia (CD); Lar ou Residência de Idosos (LRI); Unidade de Longa Duração e Manutenção de Cuidados Continuados (ULDM).

Amostra:

Os sujeitos que constituem a amostra deste estudo são um grupo de *96 sujeitos* extraídos de uma população de idosos com suporte social formal no Distrito de Coimbra, sem défice cognitivo, tendo sido seleccionados 24 elementos para cada quota. A recolha de dados foi realizada no período de 5 de Novembro de 2009 até 29 de Janeiro de 2010. As instituições que foram seleccionadas para recolha da amostra são as seguintes: Santa Casa de Misericórdia de Semide (valências SAD e CD); Cruz Vermelha Portuguesa – delegação de Pereira (valência SAD); Santa Casa Misericórdia de Coimbra (valência SAD, CD e LRI); Celium (valência SAD e CD); Santa Casa de Misericórdia de Pereira (CD); Obra

Social Torre de Vilela (valência LRI); Eterno Paraíso (LRI); Casa dos Pobres (LRI); Graça de São Filipe (LRI); Solar Billadones (ULDM); Naturidade (ULDM); Caritas (ULDM); Residências Montepio (ULDM).

Requisitos de Seleção:

Os sujeitos foram incluídos na amostra se: após a aplicação do *Mini-Mental State – versão Portuguesa* (Guerreiro, 1993), não apresentassem défice cognitivo; tivessem idade igual ou superior a 65 anos; dessem autorização para participar no estudo.

Procedimento:

Segundo a metodologia utilizada, este estudo foi realizado num determinado período de tempo delimitado, em que os dados foram colhidos apenas uma vez, pelo que se considera um estudo de *Coorte Transversal*.

Instrumentos de pesquisa:

O instrumento de colheita de dados utilizado, incluiu: o *Questionário Sócio-Demográfico, Clínico e do Suporte Social* (elaborado pelo Investigador); a *Escala de Barthel – versão de 1989* (Colaço, C., Loução, R. & Pereira, J., 1998); a *Escala de Ânimo* (Paúl, C., 1992); o *Questionário de Auto-Avaliação da Saúde e do Bem-Estar Físico* (Cerejo, A. et. al., 1999); a *Escala de Avaliação Nutricional Mínima* (Loureiro, M., 2008). Este instrumento foi utilizado sob a forma de uma entrevista estruturada, já que grande parte dos idosos em estudo são analfabetos, tendo o respectivo instrumento permitido exercer um controlo máximo sobre as temáticas, garantindo que todas as questões fossem compreendidas (Fortin, 1999).

O *Questionário Sócio-demográfico, Clínico e do Suporte Social*, foi aplicado visando obter informação sobre as seguintes variáveis independentes: Idade; Género; Estado Civil; Habilitações Literárias; Profissão; Rendimento *per capita*; Doenças Crónicas; Internamentos Hospitalares; Resposta Social Formal; Serviços Apoio Formal.

A *Escala de Barthel (versão 1989)*, procurou avaliar o grau de dependência da pessoa, inclusive a pessoa idosa, através da avaliação das actividades básicas de vida diária, atribuindo-se um score de 0 a 100, sendo que quanto mais baixo for o score maior o grau de dependência. Esta escala permitiu classificar o nível de dependência em três graus (independência = 100; dependência ligeira ≥ 61 ; dependência grave ≤ 60). Esta versão

portuguesa da Escala de Barthel de 1989, mostra-se construída a partir de 15 itens, os quais apresentam-se distribuídos por duas dimensões: Autonomia Pessoal, com 9 itens; e Mobilidade, com 6 itens.

A *Escala de Ânimo*, visou avaliar a satisfação de vida dos idosos. Esta escala dicotómica foi concebida para aplicação junto de idosos institucionalizados apresentando-se como abrangente e pouco extensiva. Em termos de resultados, quanto maior o seu valor/score melhor é o estado de ânimo. A sua versão adaptada e validada para português é constituída por 14 itens, distribuídos por três dimensões: Solidão-Insatisfação, com cinco itens, correspondendo a uma avaliação subjectiva do ambiente e do apoio das redes sociais; Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento, com cinco itens, como forma de balanço entre a vida passada e presente; Agitação, com quatro itens, que traduz as manifestações comportamentais de ansiedade, através de um gradiente dessa componente.

O *Questionário de Auto-Avaliação da Saúde e do Bem-Estar Físico*, assumiu como objectivo, avaliar o índice de Saúde Percebida dos idosos. Este questionário é composto por 29 questões de escolha múltipla e de resposta fechada, integrando os seguintes indicadores relativos à saúde e ao estilo de vida: Saúde física; Actividade Física e Mental; Condição Física; Sono; Audição; Visão; Consumo de Tabaco; Consumo de Álcool. Atendendo ao carácter extensivo do questionário, optou-se por seleccionar um dos itens de cada indicador que melhor traduzissem a auto percepção actual dos idosos quanto á sua saúde.

A *Escala de Avaliação Nutricional Mínima*, teve como objectivo avaliar o estado nutricional dos idosos, quer em internamento, quer no domicílio. Este questionário classifica o estado de nutrição em três graus (subnutrição < 17 ; risco de subnutrição $[17;24[$; bem nutrido ≥ 24) e mostra-se desenvolvida em 18 questões de escolha múltipla e de resposta fechada, versando as seguintes dimensões relativas à avaliação do estado nutricional: avaliação antropométrica, com quatro questões; avaliação global, com seis questões; avaliação dietética, com seis questões; avaliação subjectiva, com duas questões.

A metodologia aplicada na auscultação aos idosos obedeceu aos seguintes parâmetros:

- Convite a participar depois de explicado o tipo de estudo e o objectivo do mesmo;
- Consentimento informado assinado pelo idoso, sendo-lhe assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados, tendo presente os seguintes direitos, como refere Fortin (1999): autodeterminação; intimidade; confidencialidade; protecção contra o desconforto e o prejuízo; tratamento justo e equitativo.

Tratamento e análise de dados:

Os dados recolhidos foram tratados através do programa estatístico *SPSS 16.0*, tendo sido utilizadas as seguintes técnicas de tratamento estatístico de:

- a) Análise Estatística Descritiva (Descrição de frequências, medidas de tendência central, medidas de dispersão e Distribuição da simetria, achatamento e normalidade)
- b) Análise Estatística Inferencial (Testes não paramétricos).

PARTE III – ANÁLISE, DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS

1. ANÁLISE DESCRITIVA

Segundo Gageiro & Pestana (2008), a análise descritiva centra-se no estudo de características não uniformes das unidades observadas, tais como pessoas. Esta análise utiliza-se para descrever os dados através de indicadores chamados estatísticas, como é o caso da média, da moda e do desvio padrão.

O estudo descritivo de cada variável per si, seja nominal, ordinal ou intervalar, abrange as estatísticas adequadas à interpretação dos dados, a sua representação gráfica, a análise das não respostas e a identificação de observações aberrantes. Começamos pelo estudo da variável dependente e de seguida iremos caracterizar a população segundo as variáveis independentes.

1.1 VARIÁVEL DEPENDENTE

Para analisar o Grau de dependência, podemos-nos centrar na descrição das medidas de tendência central (Quadro 1), que nos permite observar que a média do grau de dependência é baixa (71,07), o que também se verifica na mediana que se situa nos 82 (dependência ligeira), sendo que a moda é 100 (independência), demonstrando que existe uma frequência elevada de idosos independentes.

Quadro 1: Descrição das medidas de tendência central do *Grau de Dependência*

Statistics		
Grau dependência		
N	Valid	96,00
	Missing	,00
Mean		71,07
Median		82,00
Mode		100,00

Posteriormente realizou-se a transformação dos scores totais do Grau de dependência, de acordo com a classificação referida pelo autor da Escala de Barthel – versão 1989¹, determinando-se as frequências dos três graus de dependência existentes, em que ao score 100 atribui-se a independência, entre 61 e 99 a dependência ligeira e a um score inferior a 61 a dependência grave. Verifica-se pela análise observada no Quadro 2, que as frequências absolutas destas categorias são: 20 idosos independentes; 46 idosos dependentes ligeiros; 30 idosos dependentes graves.

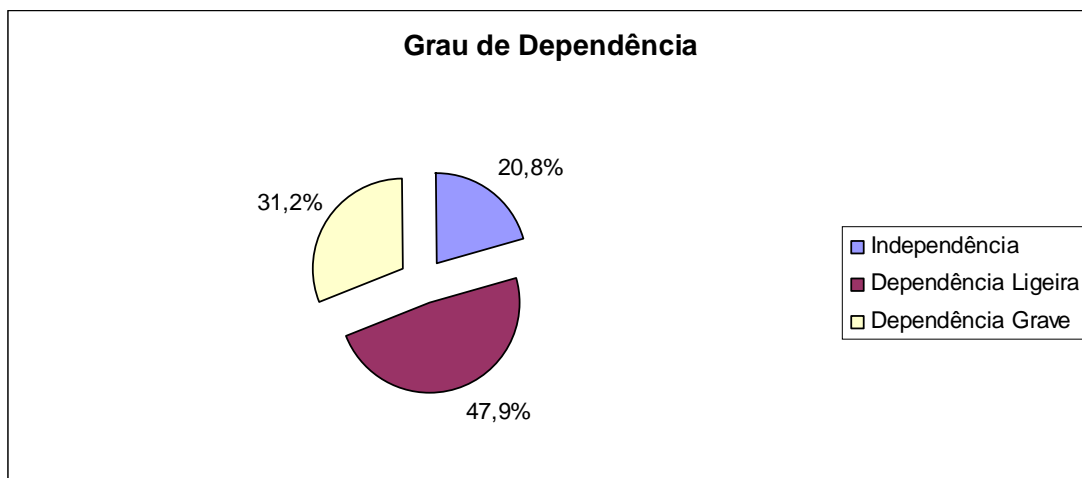
Quadro 2: Descrição das frequências do *Grau de Dependência* por grupo

Grau dependência 3 grupos					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Independência	20	20,8	20,8	20,8
	Dependência ligeira	46	47,9	47,9	68,8
	Dependência grave	30	31,2	31,2	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Relativamente às frequências relativas destas três categorias do nível de dependência, podemos observar pelo Gráfico 1, que na amostra utilizada temos 20,8% de idosos com independência nas Actividades Básicas de Vida Diária, 47,9% de idosos com dependência ligeira e 31,2% de idosos com dependência grave nas mesmas actividades.

¹ Vide PARTE II, 3. Procedimentos metodológicos e ANEXO A

Gráfico 1: Descrição das frequências relativas quanto ao *Grau de Dependência* por grupo



Quanto à distribuição do Grau de dependência na amostra, importa testá-la, já que esta se impõe como um dos pressupostos à aplicação de muitos procedimentos estatísticos inferenciais. Assim, verificou-se através do teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, com correcção Lilliefors (Quadro 3), que o Grau de dependência dos idosos na amostra não tem uma distribuição normal ($p < 0,05$).

Quadro 3: Teste de Normalidade da distribuição do *Grau de Dependência*

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Grau dependência	,181	96	,000	,857	96	,000

a. Lilliefors Significance Correction

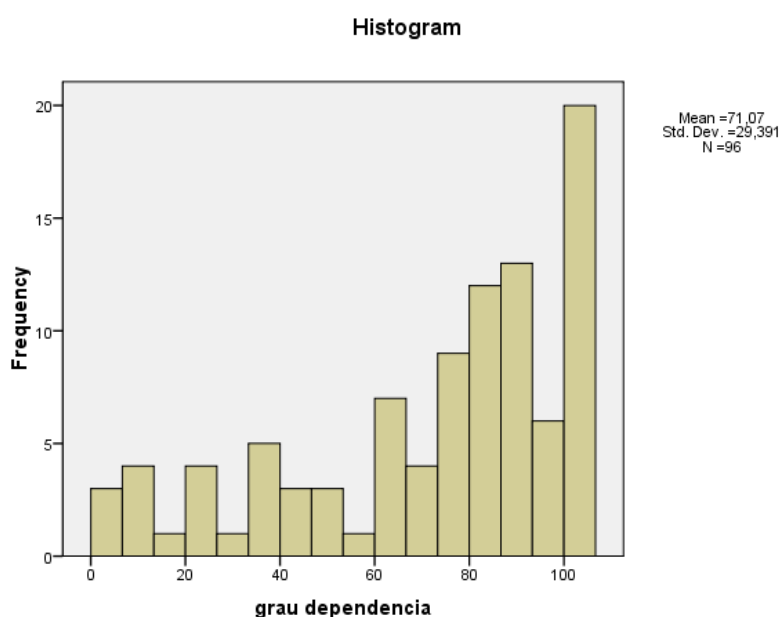
Por outro lado, a análise da simetria e achatamento, outros dos pressupostos exigidos nos procedimentos anteriormente referidos, também foram verificadas através da estatística dada pelo quociente entre Skewness e o seu Std. Error, que é $-3,96$, o que demonstra a assimetria negativa ou enviesada à direita, dado que a mediana está mais perto do 3º quartil e pelo quociente entre Kurtosis e o seu Std. Error, que é $-0,44$, o que representa uma distribuição com achatamento ou curtose normal, ou seja, mesocúrtica (Quadro 4).

Quadro 4: Distribuição do *Grau de Dependência* quanto à simetria e achatamento

Descriptives		Statistic	Std. Error
Grau dependência	Mean	71,07	3,000
	Skewness	-,973	,246
	Kurtosis	-,214	,488

Graficamente, observa-se pelo Histograma que a distribuição não é normal nem simétrica, com desvio claro á direita, havendo mais observações para valores mais altos da variável Grau de dependência, o que significa que existe muitos idosos com grau de dependência baixo na amostra (Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribuição do *Grau de Dependência* da amostra



1.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Atendendo ao conteúdo das hipóteses, foram consideradas treze variáveis independentes, das quais podemos agrupá-las em variáveis biológicas, psicológicas e sociais.

1.2.1 VARIÁVEIS BIOLÓGICAS

Relativamente à variável Idade, podemos observar, através do Quadro 5, que a média das idades da amostra é de 81,94 anos e o desvio padrão é 6,47 anos. Os elementos da amostra em estudo apresentavam idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos.

Quadro 5: Descrição das medidas de tendência central da *Idade*

Statistics		
Idade		
N	Valid	96,00
	Missing	,00
Mean		81,94
Std. Deviation		6,47

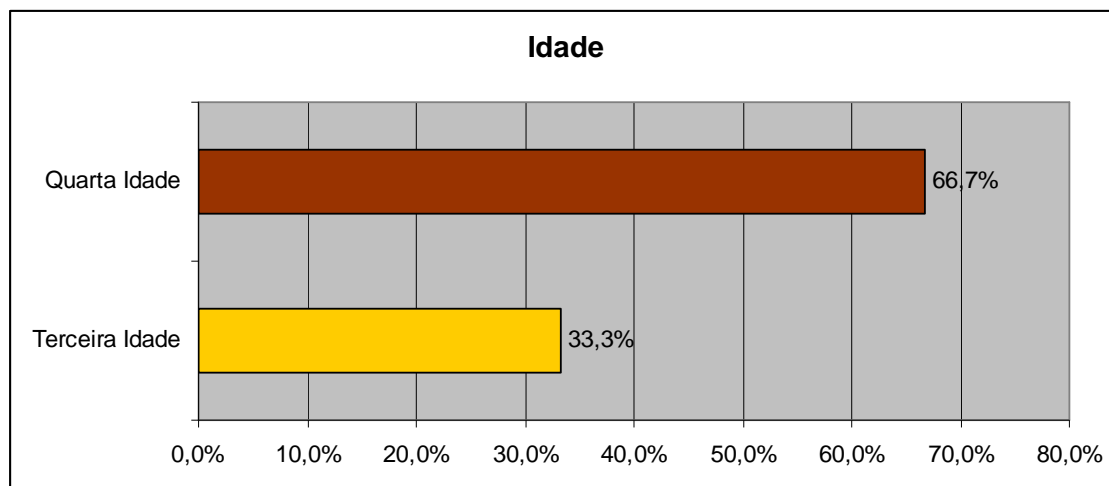
Posteriormente realizou-se a transformação das idades em duas faixas etárias, de acordo com a classificação referida por vários autores que determinam a existência de uma terceira e quarta idade, cujo coorte se situa entre os 75 e 80 anos. Como esta idade pode variar de país para país, considerou-se a esperança média de vida para a população portuguesa como referencial, ou seja, os 78,7 anos, agrupando na terceira idade os idosos entre os 65 e 78 anos (inclusive) e na quarta idade os idosos com mais de 78 anos. Verificou-se pela análise observada no Quadro 6, que as frequências absolutas destas duas categorias são: 32 idosos na terceira idade; 64 idosos na quarta idade.

Quadro 6: Descrição das frequências da *Idade* por grupos

Idade 2 grupos					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Terceira Idade	32	33,3	33,3	33,3
	Quarta Idade	64	66,7	66,7	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Relativamente às frequências relativas destas duas faixas etárias, podemos observar pelo Gráfico 3, que na amostra utilizada temos 33,3% de idosos na faixa da terceira idade, 66,7% de idosos com 79 e mais anos (quarta idade).

Gráfico 3: Descrição das frequências relativas da *Idade* por grupo



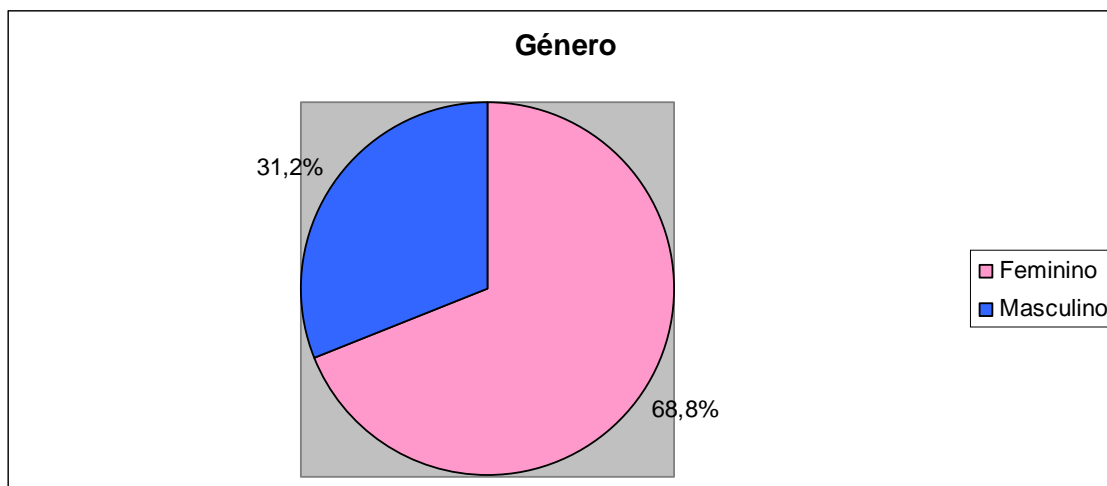
Quanto à variável *Género*, verificou-se pela análise observada no Quadro 7, que as frequências absolutas das duas categorias são: 66 idosos do sexo feminino; 30 idosos do sexo masculino.

Quadro 7: Descrição das frequências do *Género*

Género				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Feminino	66	68,8	68,8	68,8
Masculino	30	31,2	31,2	100,0
Total	96	100,0	100,0	

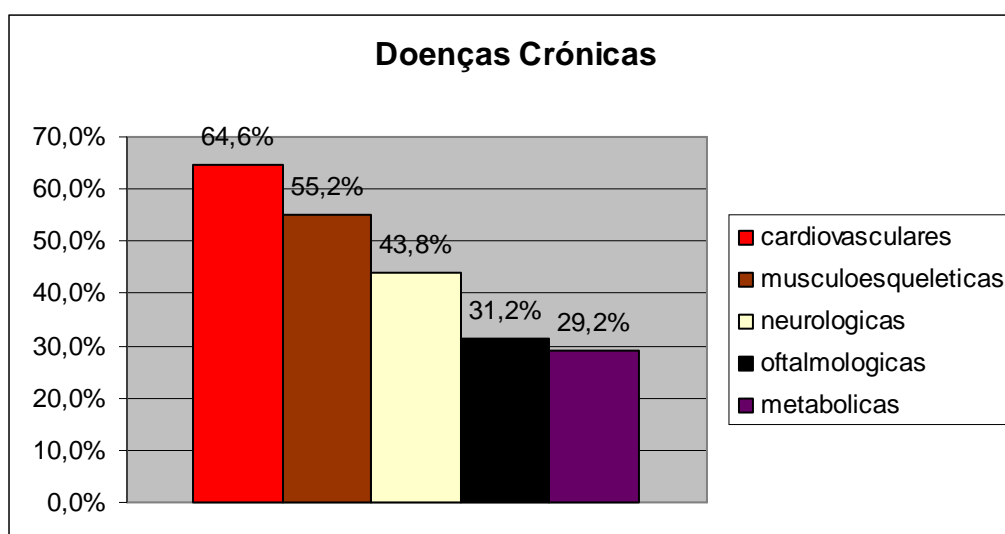
No que diz respeito às frequências relativas do tipo de *Género*, podemos observar pelo Gráfico 4, que na amostra utilizada temos 31,2% de idosos do sexo masculino e 68,8% de idosos do sexo feminino.

Gráfico 4: Descrição das frequências relativas do *Género*



As Doenças Crónicas, apresentam uma grande prevalência nesta população, podendo influenciar o nível de dependência dos idosos. Nesta amostra a prevalência de doença(s) crónica(s) é de 98%, sendo que apenas dois sujeitos não apresentavam nenhuma patologia crónica. Apesar de terem sido identificadas outros tipos de doenças crónicas, foram apenas seleccionadas as doenças mais prevalentes nesta amostra (com frequência relativa superior a 20%) para efeitos de análise. Em termos percentuais, verificou-se na amostra que, como consta do Gráfico 11: 64,6% dos idosos têm doença cardiovascular; 55,2% apresentam doença músculo-esquelética; 43,8% dos idosos têm doença neurológica; 31,2% sofrem de patologia oftalmológica; 29,2% apresentam doença metabólica.

Gráfico 5: Descrição das frequências relativas das *Doenças Crónicas*



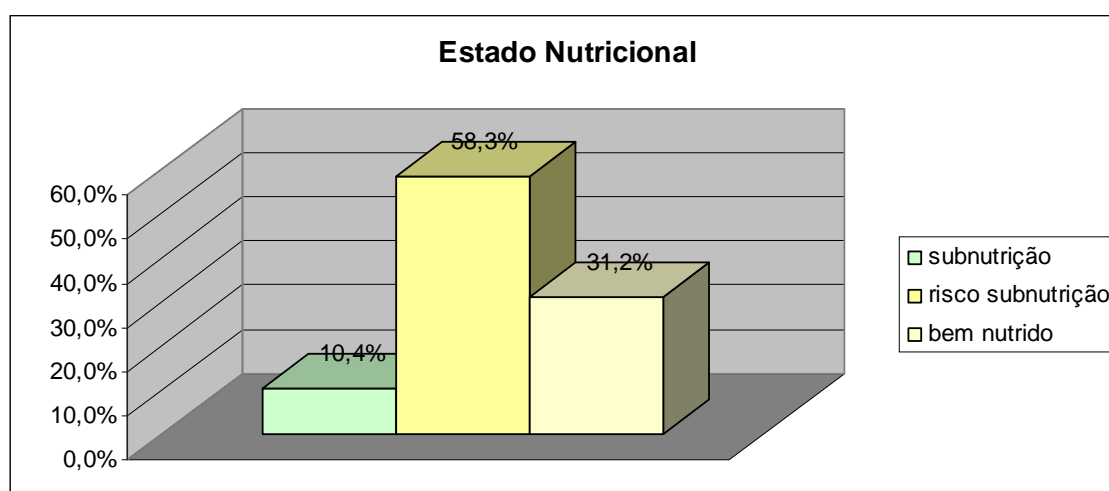
Relativamente ao Estado nutricional, realizou-se a transformação dos scores totais da Avaliação Nutricional Mínima², de acordo com a classificação referida pelo autor, determinando-se as frequências dos três estados nutricionais existentes, em que a subnutrição corresponde um score inferior a 17, o risco de subnutrição um score entre 17 e 23,5 e o bem nutrido corresponde a um score superior ou igual a 24. Verifica-se pela análise observada no Quadro 23, que as frequências absolutas destas categorias são: 10 idosos em subnutrição; 56 idosos em risco de subnutrição; 30 idosos bem nutridos.

Quadro 8: Descrição das frequências do *Estado Nutricional* por grupo

Estado nutricional 3 grupos		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Subnutrição	10	10,4	10,4	10,4
	Risco de subnutrição	56	58,3	58,3	68,8
	Bem nutrido	30	31,2	31,2	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Em termos de frequências relativas e como consta do Gráfico 16, verificamos na amostra utilizada, a existência de 10,4% de idosos desnutridos, 58,3% de idosos em risco de desnutrição e 31,2% apresentam boa nutrição.

Gráfico 6: Descrição das frequências relativas do *Estado Nutricional* por grupo



² Vide PARTE II, 3. Procedimentos metodológicos e ANEXO A

1.2.2 VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS

Para analisar o Estado de Ânimo, podemos nos centrar na descrição das medidas de tendência central das dimensões do Escala de Ânimo³ (Quadro 19), que nos permite um estudo mais completo e aprofundado acerca do Ânimo nos seus diversos âmbitos operacionalizado por Lawton, considerando que quanto maior é o score mais elevado é o estado de ânimo. Podemos observar que: a média da subescala Solidão é relativamente baixa (2,15 em 5), o que equivale elevada solidão; a média da subescala Agitação nos idosos é também relativamente baixa (1,73 em 4), o que traduz elevada agitação; a subescala das Atitudes face ao envelhecimento demonstra apresentar uma média significativamente baixa na amostra da população de idosos (1,41 em 5), o que representa baixas atitudes positivas face ao envelhecimento.

Quadro 9: Descrição das medidas de tendência central das dimensões do *Ânimo*

Statistics				
		Solidão	Agitação	Atitudes face envelhecimento
N	Valid	96	96	96
	Missing	0	0	0
Mean		2,15	1,73	1,41
Std. Deviation		1,563	1,334	1,505

Posteriormente realizou-se a transformação de cada uma das subescalas em duas categorias diferentes, utilizando um ponto de corte que divide a amostra em dois grupos, sendo que no primeiro grupo estão os idosos com score inferior a 3 e no segundo grupo com score igual ao superior a 3.

Verificou-se quanto à Solidão que as frequências absolutas destas duas categorias são: 58 idosos com score inferior a 3, que equivale elevada solidão; 38 idosos com score igual ou superior a 3, o que equivale baixa solidão (Quadro 20).

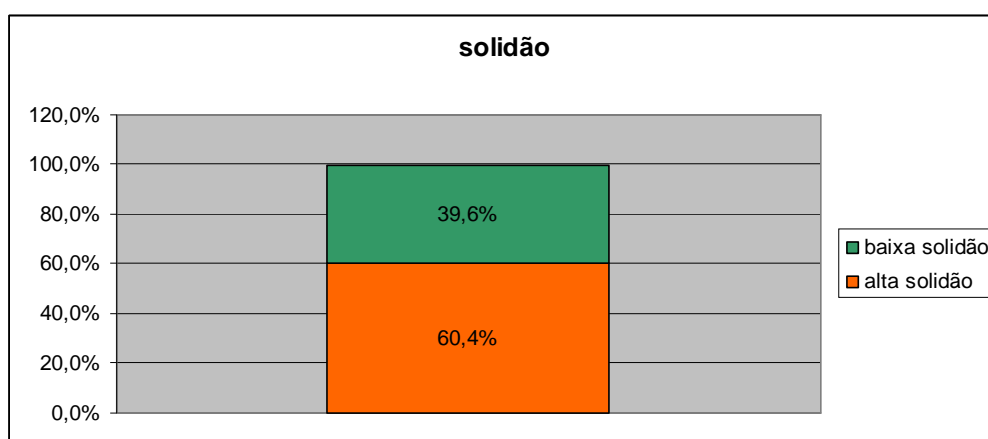
³ Vide PARTE II, 3. Procedimentos Metodológicos e ANEXO A

Quadro 10: Descrição das frequências da *Solidão* por grupo

Solidão 2 grupos					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	58	60,4	60,4	60,4
	2	38	39,6	39,6	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Em termos percentuais, verifica-se na amostra que, como consta do Gráfico 13: 60,4% apresentam elevada solidão; 39,6% dos idosos têm baixa solidão.

Gráfico 7: Descrição das frequências relativas da *Solidão* por grupo



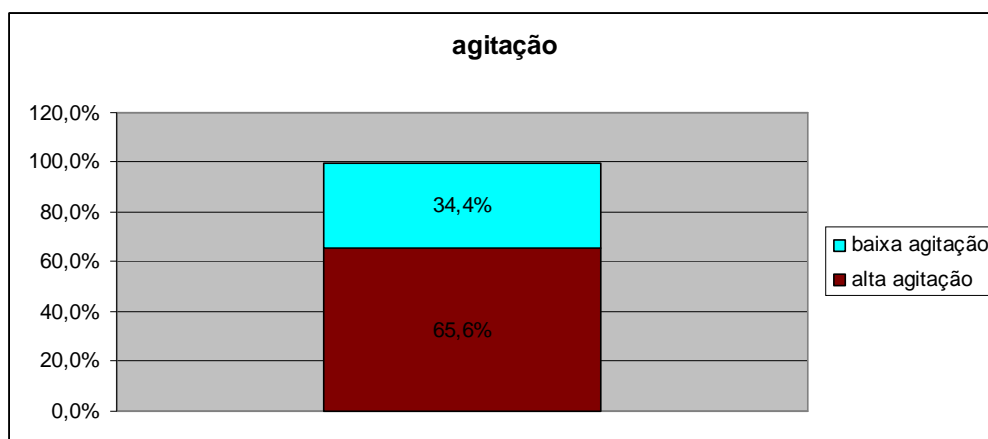
Verificou-se quanto à Agitação que as frequências absolutas destas duas categorias são: 63 idosos com score inferior a 3, que traduz elevada agitação; 33 idosos com score igual ou superior a 3, o que traduz baixa agitação (Quadro 21).

Quadro 11: Descrição das frequências da *Agitação* por grupo

Agitação 2 grupos					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	63	65,6	65,6	65,6
	2	33	34,4	34,4	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Em termos percentuais, verifica-se na amostra que, como consta do Gráfico 14: 65,6% apresentam elevada agitação; 34,4% dos idosos têm baixa agitação.

Gráfico 8: Descrição das frequências relativas da *Agitação* por grupo



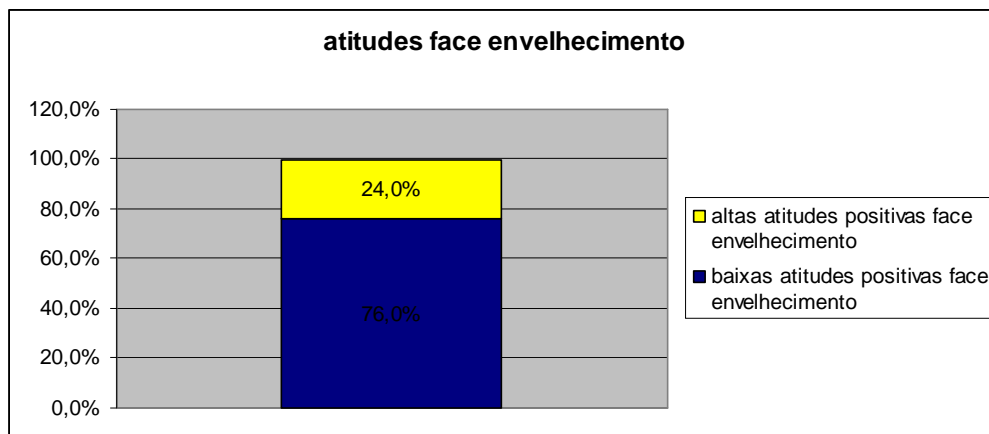
Verificou-se quanto às Atitudes face ao envelhecimento que as frequências absolutas destas duas categorias são: 73 idosos com score inferior a 3, que representa baixas atitudes positivas face envelhecimento; 23 idosos com score igual ou superior a 3, o que representa elevadas atitudes positivas face ao envelhecimento (Quadro 22).

Quadro 12: Descrição das frequências da *Atitudes face ao envelhecimento* por grupo

Atitudes face envelhecimento 2 grupos				
		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	1	73	76,0	76,0
	2	23	24,0	100,0
	Total	96	100,0	

Em termos percentuais, verifica-se na amostra que, como consta do Gráfico 15: 76% dos idosos têm baixas atitudes positivas face ao envelhecimento; 24% apresentam elevadas atitudes positivas face ao envelhecimento.

Gráfico 9: Descrição das frequências das *Atitudes face envelhecimento* por grupo



Quanto à Saúde percebida, decidiu-se analisar alguns dos itens mais relevantes de cada indicador do Questionário de Auto-Avaliação da Saúde e do Bem-Estar Físico⁴, constituído pelos seguintes indicadores: saúde física; actividade física e mental; condição física; sono; audição; visão; consumo de tabaco; consumo de álcool. Assim por cada indicador da escala foi seleccionado o item que o investigador considerou mais pertinente e que posteriormente irá utilizar-se para efeitos de estatística inferencial.

A auto-avaliação da Saúde física (Quadro 24), relativo ao primeiro dos indicadores do referido questionário, apresenta-se sob a forma de cinco categorias de resposta (de muito fraca até muito boa), tendo sido posteriormente agrupadas em duas categorias de resposta atendendo à incidência das respostas, em que 35 idosos consideram a sua Saúde física Boa (que inclui aceitável, boa e muito boa) e 61 idosos consideram a sua Saúde física Fraca (que inclui fraca e muito fraca).

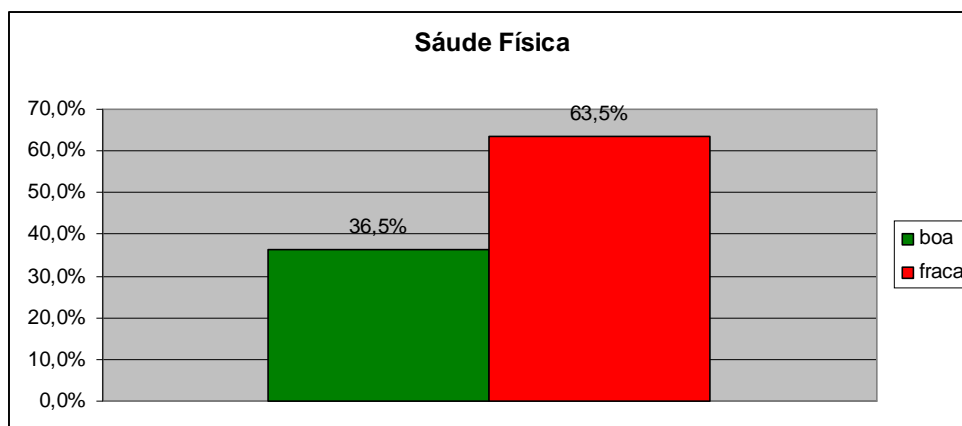
Quadro 13: Descrição das frequências da *Saúde Física* por grupo

Saúde Física 2 grupos					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Boa	35	36,5	36,5	36,5
	Fraca	61	63,5	63,5	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Em termos percentuais temos que 36,5% de idosos avaliam a sua Saúde física como Boa e 63,5% dos idosos avaliam-na como Fraca (Gráfico 17).

⁴ Vide PARTE II, 3. Procedimentos metodológicos e ANEXO A

Gráfico 10: Descrição das frequências relativas da *Saúde Física* por grupo



A auto-avaliação da Actividade física (Quadro 25), relativo ao segundo indicador do referido questionário, apresenta-se sob a forma de quatro categorias de resposta (nada exigentes a muito exigentes), tendo sido posteriormente agrupadas em duas categorias de resposta, em que 50 idosos consideram a sua Actividade física Exigente (que inclui moderadamente a muito exigente) e 46 idosos consideram a sua Actividade física Não exigente (que inclui nada e pouco exigente).

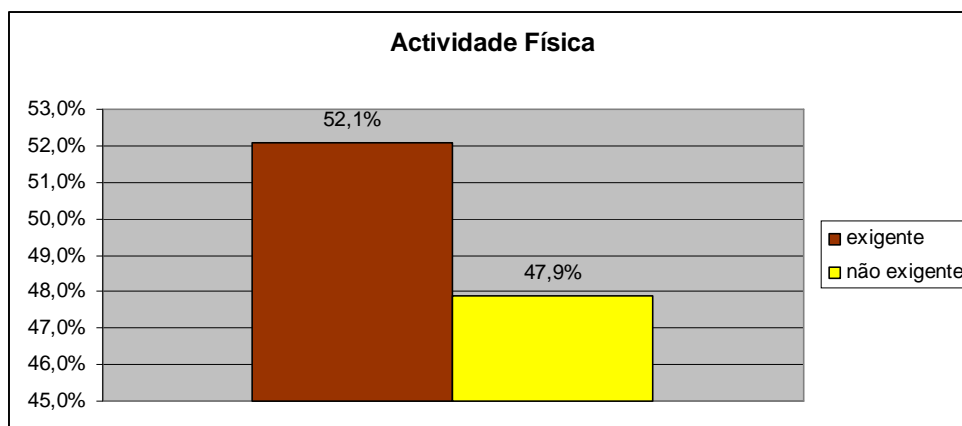
Quadro 14: Descrição das frequências da *Actividade física* por grupo

Actividade Física 2 grupos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Exigente	50	52,1	52,1	52,1
	Não exigente	46	47,9	47,9	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Em termos percentuais temos que 52,1% de idosos avaliam a sua Actividade física como Exigente e 47,9% dos idosos avaliam-na como Não exigente (Gráfico 18).

Gráfico 11: Descrição das frequências relativas do *Actividade física* por grupo



A auto-avaliação da *Actividade mental* (Quadro 26), incluída também no segundo indicador do referido questionário, apresenta-se sob a forma de quatro categorias de resposta (nada exigentes a muito exigentes), tendo sido posteriormente agrupadas em duas categorias de resposta, em que 41 idosos consideram a sua *Actividade mental* Exigente (que inclui moderadamente a muito exigente) e 55 idosos consideram a sua *Actividade mental* Não exigente (que inclui nada e pouco exigente).

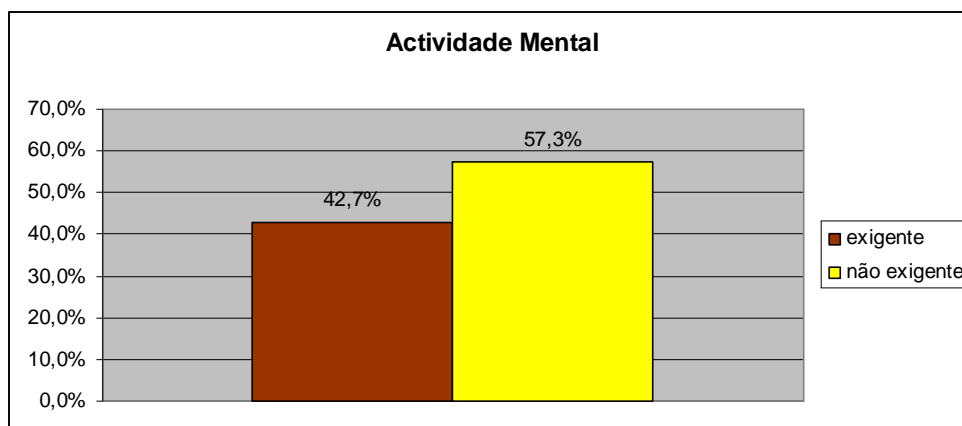
Quadro 15: Descrição das frequências da *Actividade mental* por grupo

Actividade Mental 2 grupos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Exigente	41	42,7	42,7	42,7
	Não exigente	55	57,3	57,3	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Em termos percentuais temos que 42,7% de idosos avaliam a sua *Actividade mental* como Exigente e 57,3% dos idosos avaliam-na como Não exigente (Gráfico 19).

Gráfico 12: Descrição das frequências relativas da *Actividade mental* por grupo



A auto-avaliação da Condição física (Quadro 27), relativo ao terceiro indicador do referido questionário, apresenta-se sob a forma de cinco categorias de resposta (de muito fraca a muito boa), tendo sido agrupadas posteriormente em duas categorias de resposta, em que 38 idosos consideram a sua Condição física Boa (que inclui aceitável, boa e muito boa) e 58 idosos consideram a sua Condição física Fraca (que inclui muito fraca e fraca).

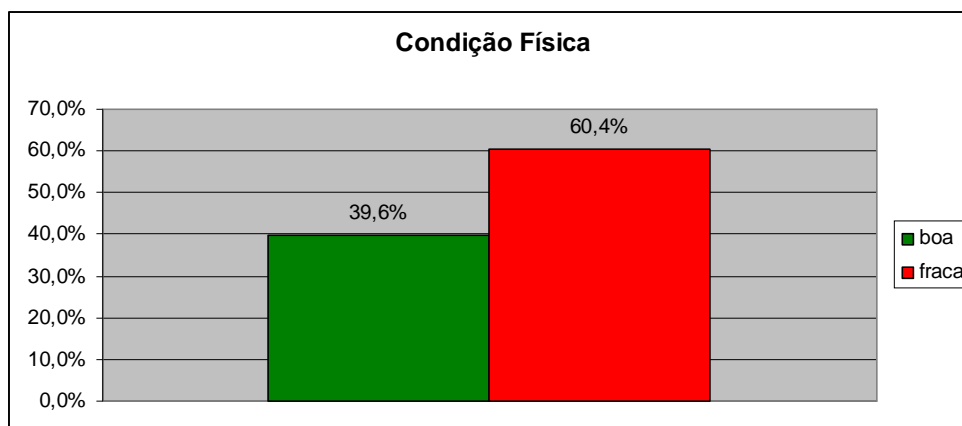
Quadro 16: Descrição das frequências da *Condição física* por grupo

Condição Física 2 grupos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Boa	38	39,6	39,6	39,6
	Fraca	58	60,4	60,4	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Em termos percentuais temos que 39,6% de idosos avaliam a sua Condição física como Boa e 60,4% dos idosos avaliam-na como Fraca (Gráfico 20).

Gráfico 13: Descrição das frequências relativas da *Condição física por grupo*



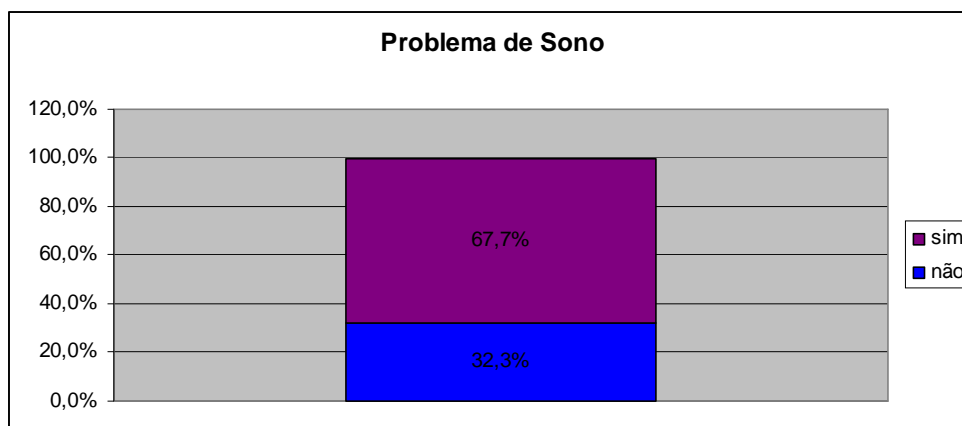
A auto-avaliação de Problemas de sono (Quadro 28), do quarto indicador do referido questionário, apresenta-se sob a forma de duas categorias de resposta, em que 31 idosos consideram que não têm Problemas de sono e 65 idosos consideram que sim.

Quadro 17: Descrição das frequências de *Problemas de sono por grupo*

Problemas de Sono					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	31	32,3	32,3	32,3
	Sim	65	67,7	67,7	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Em termos percentuais temos que 32,3% de idosos referem a não existência de Problemas de sono e 67,7% dos idosos referem a sua existência (Gráfico 21).

Gráfico 14: Descrição das frequências relativas de *Problemas de sono por grupo*



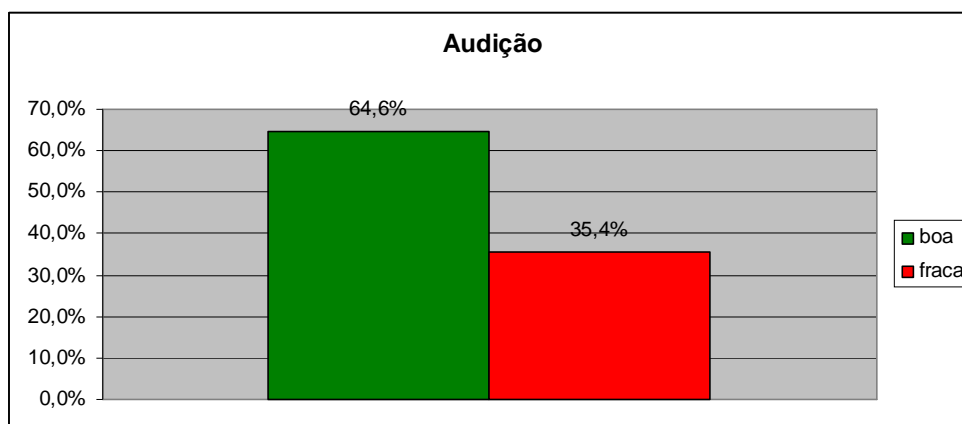
A auto-avaliação da Audição (Quadro 29), do quinto indicador do referido questionário, apresenta-se sob a forma de cinco categorias de resposta (de muito fraca a muito boa), tendo sido agrupadas posteriormente em duas categorias de resposta, em que 62 idosos consideram que a sua audição é Boa (que inclui aceitável, boa e muito boa) e 34 idosos consideram-na Fraca (que inclui muito fraca e fraca).

Quadro 18: Descrição das frequências da *Audição* por grupo

Audição 2 grupos					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Boa	62	64,6	64,6	64,6
	Fraca	34	35,4	35,4	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Em termos percentuais temos que 64,6% de idosos avaliam a sua Audição como Boa e 35,4% dos idosos avaliam-na como Fraca (Gráfico 22).

Gráfico 15: Descrição das frequências relativas da *Audição* por grupo



A auto-avaliação da Visão (Quadro 30), do sexto indicador do referido questionário, apresenta-se sob a forma de cinco categorias de resposta (de muito fraca a muito boa), tendo sido agrupadas posteriormente em duas categorias de resposta, em que 50 idosos consideram que a sua visão é Boa (que inclui aceitável, boa e muito boa) e 46 idosos consideram-na Fraca (que inclui muito fraca e fraca).

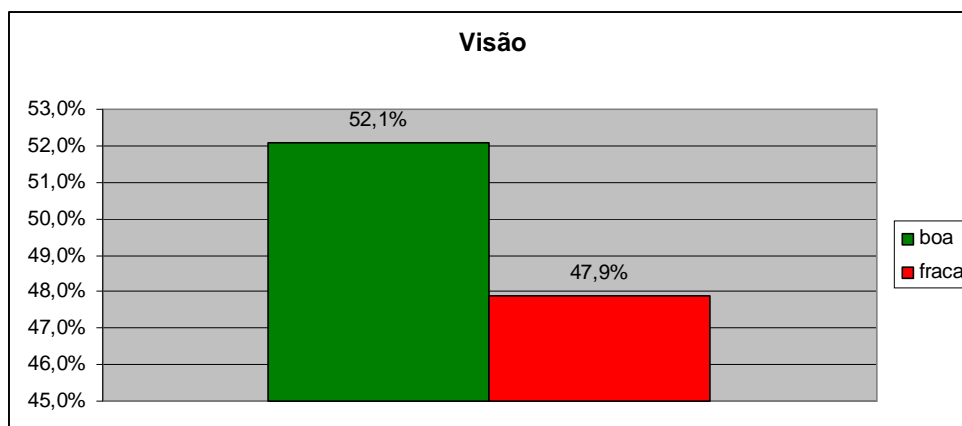
Quadro 19: Descrição das frequências da *Visão* por grupo

Visão 2 grupos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Boa	50	52,1	52,1	52,1
	Fraca	46	47,9	47,9	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Em termos percentuais temos que 52,1% de idosos avaliam a sua Visão como Boa e 47,9% dos idosos avaliam-na como Fraca (Gráfico 23).

Gráfico 16: Descrição das frequências relativas da *Visão* por grupo



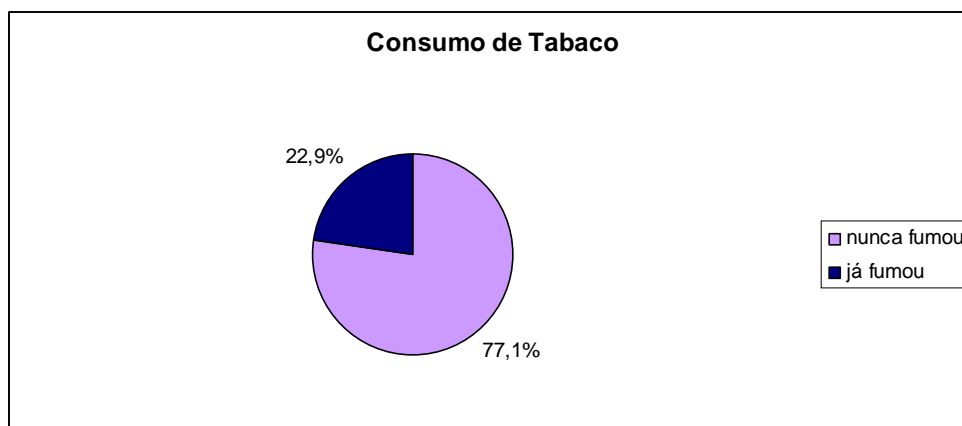
O consumo de Tabaco (Quadro 31), do sétimo indicador do referido questionário, apresenta-se sob a forma de duas categorias de resposta, em que 74 idosos referem nunca ter fumado no período de um ano e 22 idosos dizem que já fumaram pelo menos durante esse período.

Quadro 20: Descrição das frequências do *consumo de Tabaco* por grupo

Fumar 1 ano 2 grupos					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca fumou 1 ano	74	77,1	77,1	77,1
	Já fumou 1 ano	22	22,9	22,9	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Em termos percentuais temos que 77,1% de idosos nunca fumou durante um ano e 22,9% dos idosos já fumou pelo menos durante um ano (Gráfico 24).

Gráfico 17: Descrição das frequências relativas do *consumo de Tabaco* por grupo



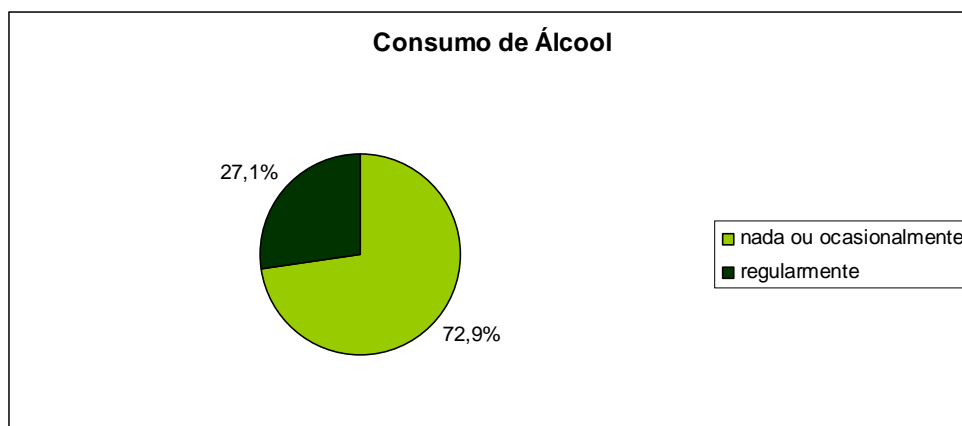
O consumo de Álcool (Quadro 32), do oitavo indicador do referido questionário, apresenta-se sob a forma de duas categorias de resposta, em que 70 idosos referem nunca ter bebido Álcool ou apenas ocasionalmente e 26 idosos dizem que bebem Álcool regularmente.

Quadro 21: Descrição das frequências do *consumo de Álcool* por grupo

Beber álcool 2 grupos		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bebe nada ou ocasionalmente	70	72,9	72,9	72,9
	Bebe regularmente	26	27,1	27,1	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Em termos percentuais temos que 72,9% de idosos nunca consumiu Álcool ou apenas ocasionalmente e 27,1% dos idosos consome regularmente bebidas alcoólicas (Gráfico 25).

Gráfico 18: Descrição das frequências relativas do *consumo de Álcool* por grupo



1.2.3 VARIÁVEIS SOCIAIS

Quanto à variável Estado Civil, podemos observar, através do Quadro 8, que as frequências absolutas das diferentes categorias são: 19 idosos casados; 10 idosos solteiros; 61 idosos viúvos; 6 idosos divorciados.

Quadro 22: Descrição das frequências do *Estado Civil*

Estado Civil				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Casado	19	19,8	19,8	19,8
Solteiro	10	10,4	10,4	30,2
Viúvo	61	63,5	63,5	93,8
Divorciado	6	6,2	6,2	100,0
Total	96	100,0	100,0	

De seguida, agrupámos o Estados civil, em duas categorias mais alargadas, que distinguíssem dois grupos mais significativos, isto é, os casados dos não casados. Verificámos assim uma frequência de 19 idosos casados e 77 idosos não casados (Quadro 9).

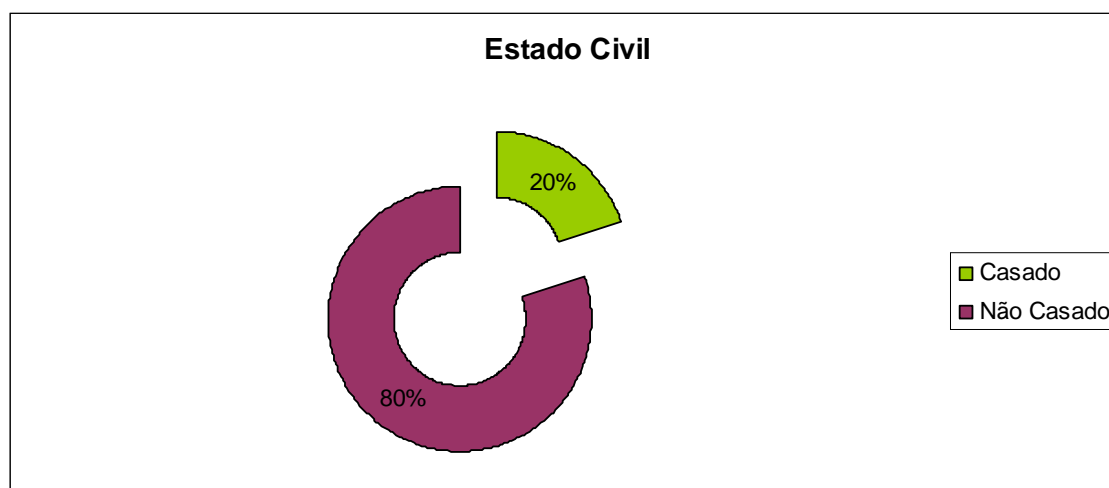
Quadro 23: Descrição das frequências do *Estado Civil* por grupo

Estado Civil 2 grupos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Casado	19	19,8	19,8	19,8
Não Casado	77	80,2	80,2	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Graficamente, observa-se pelo Gráfico 5, que a descrição das frequências relativas quanto a estes dados são de 20% de casados e 80% de não casados.

Gráfico 19: Descrição das frequências relativas do *Estado Civil* por grupo



Relativamente às habilitações literárias da amostra, observando o Quadro 10, verificamos a existência de uma elevada frequência de idosos analfabetos (43), sendo que dos restantes a maioria enquadra-se no 1º ciclo (38), restando 15 idosos com baixas frequências nas seguintes categorias: 2º ciclo (2); 3º ciclo (6) e secundário (7).

Quadro 24: Descrição das frequências das *Habilitações Literárias*

Habilitações Literárias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Analfabeto	43	44,8	44,8	44,8
1ºciclo	38	39,6	39,6	84,4
2ºciclo	2	2,1	2,1	86,5
3ºciclo	6	6,2	6,2	92,7
Secundário	7	7,3	7,3	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Assim, considerando a elevada frequência de idosos analfabetos na amostra utilizada, agrupámos a mesma em duas categorias, a saber: idosos analfabetos, com 43; idosos alfabetizados (com pelo menos o 1º ciclo), com 53 (Quadro 11).

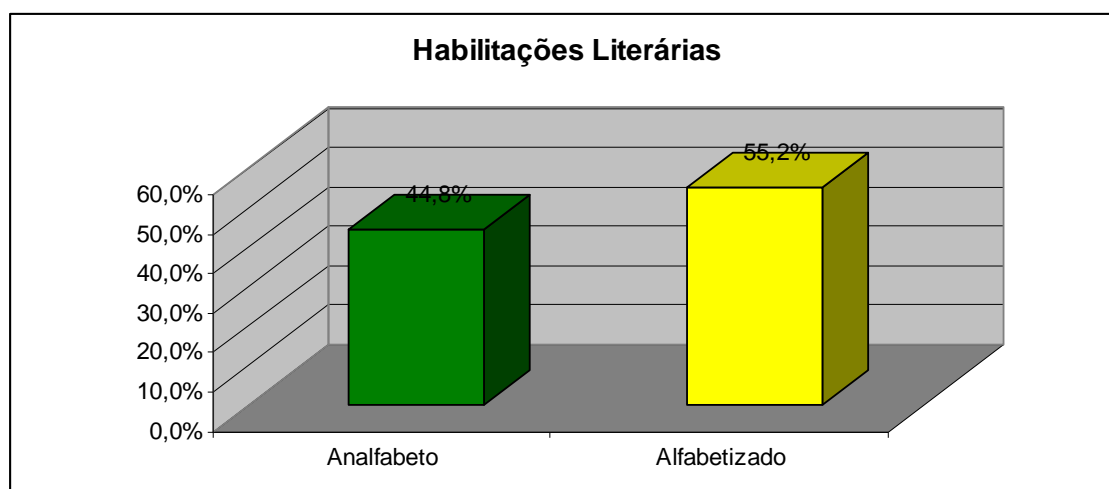
Quadro 25: Descrição das frequências das *Habilitações Literárias* por grupo

Habilitações Literárias 2 grupos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Analfabeto	43	44,8	44,8	44,8
Alfabetizado	53	55,2	55,2	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Graficamente, observam-se as frequências relativas destas duas categorias, em que 44,8% dos idosos são analfabetos e 55,2% são alfabetizados, como apresentado no Gráfico 6.

Gráfico 20: Descrição das frequências relativas das *Habilitações Literárias* por grupo



O Estatuto socioeconómico, segundo a classificação de Warner⁵, adaptada para Portugal, apresenta 5 categorias, considerando que a categoria 5 é a menos diferenciada (trabalhadores não qualificados) e a categoria 1 a mais diferenciada (trabalhadores altamente qualificados). Mais uma vez, a grande maioria dos idosos encontra-se na categoria menos diferenciada, com 42 idosos na categoria 5, sendo que os restantes encontram-se distribuídos da seguinte forma: 40 na categoria 4; 8 na categoria 3; 5 na categoria 2; 1 na categoria 1 (Quadro 12).

Quadro 26: Descrição das frequências do *Estatuto Socioeconómico*

Estatuto Socioeconómico					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Categoria1	1	1,0	1,0	1,0
	Categoria2	5	5,2	5,2	6,2
	Categoria3	8	8,3	8,3	14,6
	Categoria4	40	41,7	41,7	56,2
	Categoria5	42	43,8	43,8	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Posteriormente realizou-se o agrupamento em apenas duas categorias socioeconómicas, para mais fácil interpretação, em que na primeira categoria - com baixo

⁵ Vide ANEXO C

estatuto - encontram-se os elementos que integram a categoria 5 da Escala de Warner e a segunda categoria - com médio e alto estatuto - é constituída por todos os restantes elementos da amostra (da categoria 4 a 1 da Escala de Warner). Verificou-se pela análise observada no Quadro 13, que as frequências absolutas destas duas categorias são: 42 idosos com baixo estatuto; 54 idosos com estatuto médio ou alto.

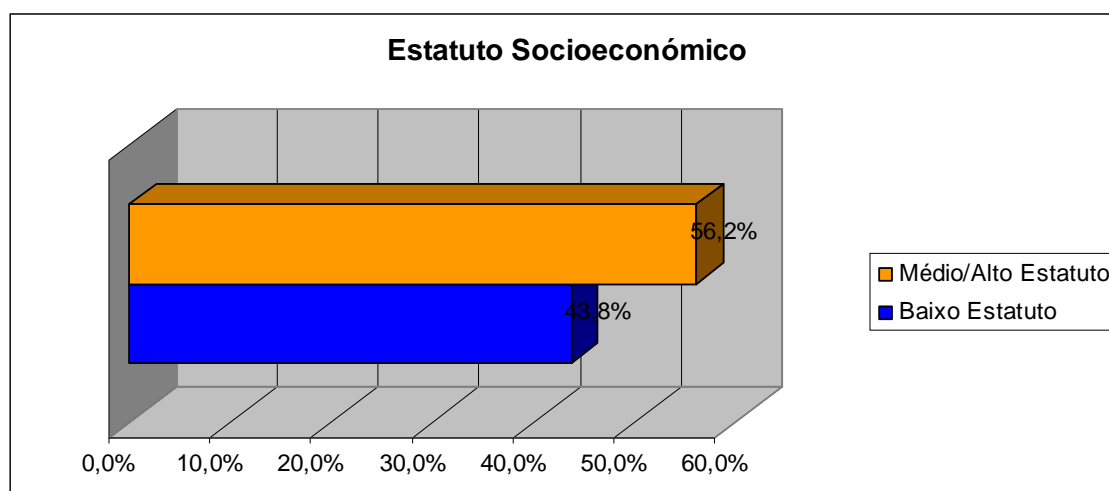
Quadro 27: Descrição das frequências do *Estatuto Socioeconómico* por grupo

Estatuto Socioeconómico 2 grupos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baixo Estatuto	42	43,8	43,8	43,8
Médio/Alto Estatuto	54	56,2	56,2	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Pela análise do Gráfico 7, observamos as frequências relativas de cada uma dessas categorias mais relevantes, em que 43,8% dos idosos têm baixo estatuto socioeconómico e 56,2% um estatuto médio ou alto a nível socioeconómico.

Gráfico 21: Descrição das frequências relativas do *Estatuto Socioeconómico* por grupo



Quanto ao rendimento per capita, podemos observar, através do Quadro 14, que a média dos rendimentos da amostra é de 456,10 euros e o desvio padrão é de 319,67 euros. Os elementos da amostra em estudo apresentavam rendimentos per capita compreendidos entre os 200 e os 2500 euros, sendo que a mediana situa-se nos 390 euros.

Quadro 28: Descrição das medidas de tendência central do *Rendimento per capita*

Statistics

Rendimento per capita

N	Valid	96,00
	Missing	,00
Mean		456,10
Std. Deviation		319,67

Posteriormente realizou-se a transformação dos rendimentos em duas categorias diferentes, utilizando como ponto de corte o salário mínimo nacional no ano de 2009 (450 euros), já que reporta ao ano de colheita de dados. Verificou-se pela análise observada no Quadro 15, que as frequências absolutas destas duas categorias são: 67 idosos com rendimentos inferiores ao SMN; 29 idosos com rendimentos superiores ou iguais ao SMN.

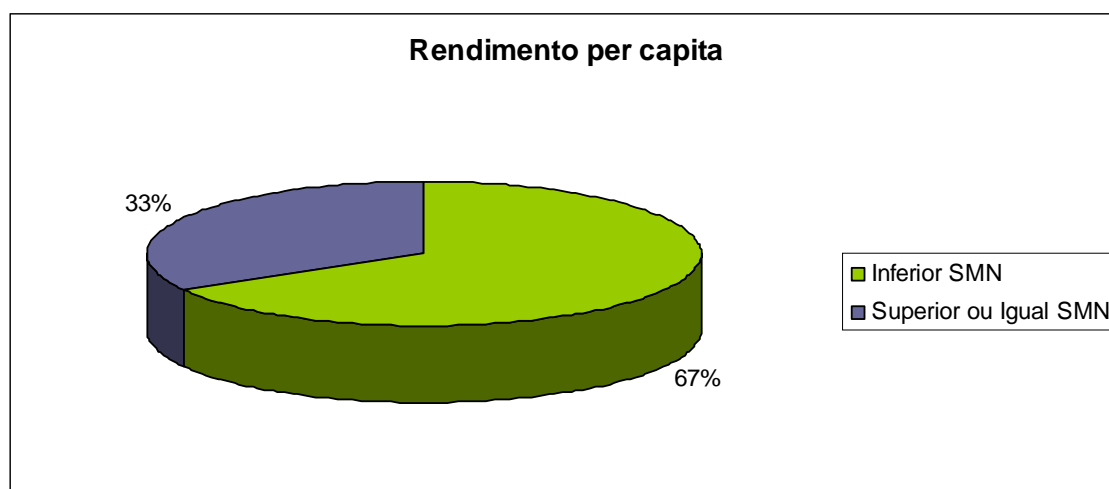
Quadro 29: Descrição das frequências do *Rendimento per capita* por grupo

Rendimento per capita 2 grupos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Inferior SMN	64	66,7	66,7	66,7
	Superior ou Igual SMN	32	33,3	33,3	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Em termos percentuais, temos 33% dos idosos com rendimentos per capita baixos (inferiores ao salário mínimo nacional) e 67% com rendimentos per capita superiores ou iguais ao salário mínimo nacional (Gráfico 8).

Gráfico 22: Descrição das frequências relativas do *Rendimento per capita* por grupo



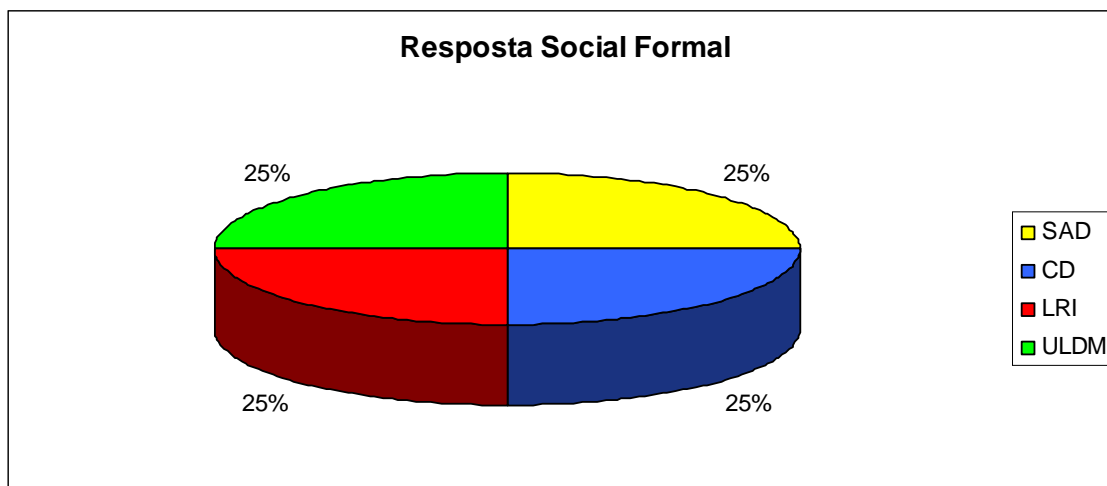
Quanto à variável Resposta social formal, verificou-se pela análise observada no Quadro 16, que as frequências absolutas das quatro categorias utilizadas na recolha de dados, são de 24 idosos em cada de tipologia das Respostas sociais formais seleccionadas pelo investigador e que são o Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia, Lar ou Residência de Idosos e Unidade de Longa Duração e Manutenção de cuidados continuados.

Quadro 30: Descrição das frequências da *Resposta Social Formal*

Resposta Social Formal		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Serviço Apoio Domiciliário	24	25,0	25,0	25,0
	Centro de Dia	24	25,0	25,0	50,0
	Lar/Residência de Idosos	24	25,0	25,0	75,0
	ULD	24	25,0	25,0	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

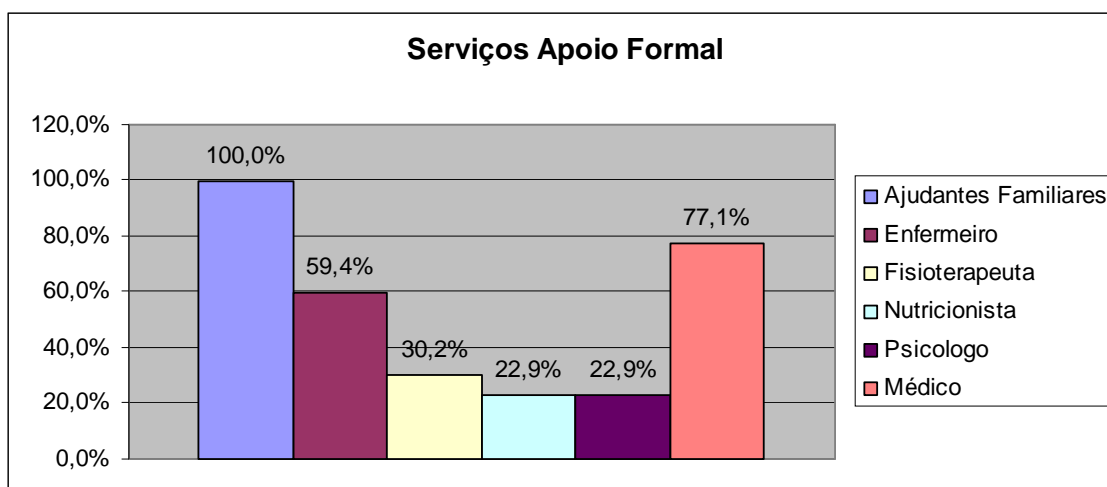
No que diz respeito às frequências relativas do tipo de Resposta social formal, podemos observar pelo Gráfico 9, que na amostra utilizada temos 25% de idosos em cada tipologia de respostas, o que condiz com a metodologia de amostragem utilizada.

Gráfico 23: Descrição das frequências relativas da *Resposta Social Formal*



Os Serviços de apoio formal, foram considerados como serviços prestados por profissionais pelas respectivas respostas sociais que podem servir como suporte e otimização do nível de dependência dos idosos, tendo sido identificados os seguintes profissionais de apoio: ajudante familiar; enfermeiro; fisioterapeuta; nutricionista; psicólogo; médico. Em termos percentuais, observou-se que, como consta do Gráfico 10, 100% dos idosos têm suporte das ajudantes familiares, 59,4% dos idosos recebem cuidados de enfermagem, 30,2% dos idosos fazem fisioterapia, 22,9% têm apoio de um nutricionista e de um psicólogo e 77,1% têm acompanhamento médico.

Gráfico 24: Descrição das frequências relativas dos *Serviços Apoio Formal*



Quanto à variável Internamentos Hospitalares após os 65 anos, considerando que após esta idade possa haver algum impacto na capacidade funcional do idoso, podemos observar, através do Quadro 17, que a média de internamentos hospitalares é de 2,29 vezes, com um desvio padrão de 2,49. No entanto é de notar que a moda se situa em 1 internamentos hospitalares.

Quadro 31: Descrição das medidas de tendência central dos *Internamentos Hospitalares*

Statistics

Internamentos Hospitalares após 65 anos

N	Valid	96,00
	Missing	,00
Mean		2,29
Std. Deviation		2,49

De seguida, agrupámos o número de Internamentos Hospitalares após os 65 anos, em duas categorias diferentes, que distinguíssem dois grupos significativos, reagrupando os idosos que possuísssem até 1 internamento e os idosos com 2 ou mais internamentos. Verificámos assim uma frequência de 45 idosos na primeira situação (com até um internamento) e 51 idosos na segunda situação (com pelo menos dois internamentos hospitalares) (Quadro 18).

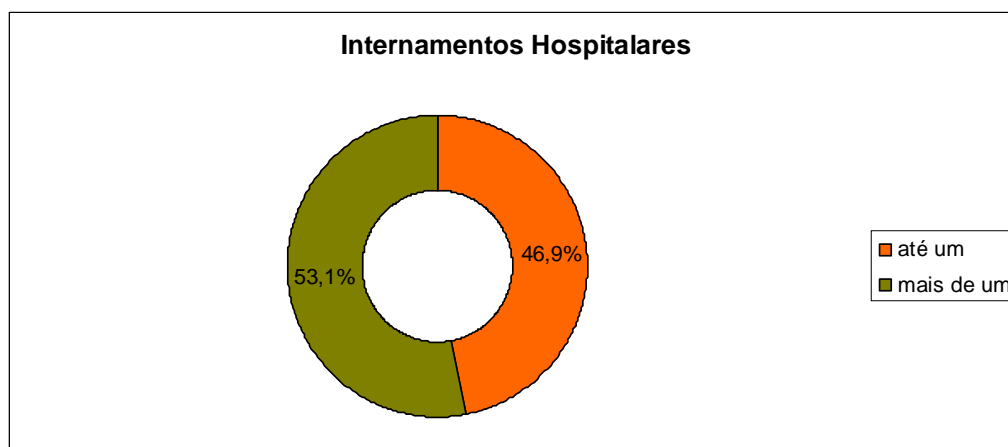
Quadro 32: Descrição das frequências das *Internamentos Hospitalares* por grupo

Internamentos hospitalares 2 grupos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 1 internamento	45	46,9	46,9	46,9
	Mais de 1 internamento	51	53,1	53,1	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Graficamente, observa-se pelo Gráfico 12, que a descrição das frequências relativas quanto a estes dados, são de 46,9% de idosos que possuem até 1 internamento e 53,1% os que possuem pelo menos 2 internamentos hospitalares, após os 65 anos.

Gráfico 25: Descrição das frequências relativas dos *Internamentos Hospitalares* por grupo



Em resumo, apresenta-se de seguida um quadro que descreve as frequências dos elementos da amostra cruzando as variáveis independentes com a variável dependente.

Quadro 33: Descrição das frequências dos elementos da amostra por grupo (grau de dependência) consoante as variáveis independentes (N=96)

Variáveis	Independentes	Dependentes ligeiros	Dependentes graves	Total N (%)
Idade				
3ª Idade	7 (7,3%)	17 (17,7%)	8 (8,3%)	32 (33,3%)
4ª Idade	13 (13,5%)	29 (30,2%)	22 (23%)	64 (66,7%)
Género				
Feminino	12 (12,5%)	31 (32,3%)	23 (24%)	66 (68,8%)
Masculino	8 (8,3%)	15 (15,6%)	7 (7,3%)	30 (31,2%)
Estado civil				
Casado	8 (8,3%)	9 (9,4%)	2 (2,1%)	19 (19,8%)
Não casado	12 (12,5%)	37 (38,5%)	28 (29,2%)	77 (80,2%)
Habilitações Literárias				
Analfabeto	11 (11,5%)	18 (18,8%)	14 (14,5%)	43 (44,8%)
Alfabetizado	9 (9,4%)	28 (29,2%)	16 (16,6%)	53 (55,2%)
Estatuto socioeconómico				
Baixo	7 (7,3%)	19 (19,8%)	16 (16,7%)	42 (43,8%)
Médio/alto	13 (13,5%)	27 (28,1%)	14 (14,6%)	54 (56,2%)
Resposta social				
SAD	9 (9,4%)	12 (12,5%)	3 (3,1%)	24 (25%)
CD	8 (8,4%)	16 (16,6%)	0 (0%)	24 (25%)
LRI	3 (3,1%)	13 (13,5%)	8 (8,4%)	24 (25%)
ULDM	0 (0%)	5 (5,2%)	19 (19,8%)	24 (25%)

Doenças crônicas				
Cardiovasculares	13 (13,5%)	29 (30,2%)	20 (20,8%)	62 (64,6%)
Músculo-esqueléticas	14 (14,6%)	26 (27,1%)	13 (13,5%)	53 (55,2%)
Neurológicas	3 (3,2%)	20 (20,8%)	19 (19,8%)	42 (43,8%)
Oftalmológicas	2 (2,1%)	20 (20,8%)	8 (8,3%)	30 (31,2%)
Metabólicas	3 (3,2%)	16 (16,6%)	9 (9,4%)	28 (29,2%)
Rendimento per capita				
Inferior SMN	14 (14,6%)	27 (28,1%)	23 (24%)	64 (66,7%)
Igual ou superior ao SMN	6 (6,2%)	19 (19,8%)	7 (7,3%)	32 (33,3%)
Serviços de apoio formal				
Ajudantes familiares	20 (20,8%)	46 (47,9%)	30 (31,3%)	96 (100%)
Enfermeiros	6 (6,3%)	26 (27,1%)	25 (26%)	57 (59,4%)
Fisioterapeutas	1 (1%)	8 (8,4%)	20 (20,8%)	29 (30,2%)
Nutricionista	0 (0%)	9 (9,4%)	13 (13,5%)	22 (22,9%)
Psicólogo	2 (2,1%)	10 (10,4%)	10 (10,4%)	22 (22,9%)
Médico	14 (14,6%)	34 (35,4%)	26 (27,1%)	74 (77,1%)
Internamentos hospitalares				
Até um	14 (14,5%)	22 (23%)	9 (9,4%)	45 (46,9%)
Mais de um	6 (6,2%)	24 (25%)	21 (21,9%)	51 (53,1%)
Solidão				
Alta	10 (10,4%)	26 (27,1%)	22 (22,9%)	58 (60,4%)
Baixa	10 (10,4%)	20 (20,8%)	8 (8,4%)	38 (39,6%)
Agitação				
Alta	10 (10,4%)	30 (31,2%)	23 (24%)	63 (65,6%)
Baixa	10 (10,4%)	16 (16,7%)	7 (7,3%)	33 (34,4%)
Atitudes face envelhecimento				
Altas	9 (9,4%)	11 (11,5%)	3 (3,1%)	23 (24%)
Baixas	11 (11,5%)	35 (36,4%)	27 (28,1%)	73 (76%)
Estado nutricional				
Desnutrido	1 (1%)	3 (3,2%)	6 (6,2%)	10 (10,4%)
Risco de desnutrição	3 (3,1%)	29 (30,2%)	24 (25%)	56 (58,3%)
Bem nutrido	16 (16,7%)	14 (14,5%)	0 (0%)	30 (31,2%)
Saúde física				
Boa	12 (12,5%)	18 (18,8%)	5 (5,2%)	35 (36,5%)
Fraca	8 (8,3%)	28 (29,2%)	25 (26%)	61 (63,5%)
Atividade física				
Exigente	9 (9,4%)	24 (25%)	17 (17,7%)	50 (52,1%)
Não exigente	11 (11,5%)	22 (22,9%)	13 (13,5%)	46 (47,9%)
Atividade mental				
Exigente	6 (6,3%)	22 (22,9%)	13 (13,5%)	41 (42,7%)
Não exigente	14 (14,6%)	24 (25%)	17 (17,7%)	55 (57,3%)
Condição física				
Boa	15 (15,6%)	17 (17,7%)	6 (6,3%)	38 (39,6%)

Fraca	5 (5,2%)	29 (30,2%)	24 (25%)	58 (60,4%)
Problemas sono				
Não	7 (7,3%)	18 (18,8%)	6 (6,2%)	31 (32,3%)
Sim	13 (13,5%)	28 (29,2%)	24 (25%)	65 (67,7%)
Audição				
Boa	16 (16,7%)	26 (27,1%)	20 (20,8%)	62 (64,6%)
Fraca	4 (4,2%)	20 (20,8%)	10 (10,4%)	34 (35,4%)
Visão				
Boa	13 (13,5%)	24 (25%)	13 (13,5%)	50 (52%)
Fraca	7 (7,3%)	22 (23%)	17 (17,7%)	46 (47%)
Consumo tabaco				
Nunca fumou	15 (15,7%)	34 (35,4%)	25 (26%)	74 (77,1%)
Já fumou	5 (5,2%)	12 (12,5%)	5 (5,2%)	22 (22,9%)
Consumo álcool				
Ocasionalmente	5 (5,2%)	37 (38,5%)	28 (29,2%)	70 (72,9%)
Regularmente	15 (15,6%)	9 (9,4%)	2 (2,1%)	26 (27,1%)

Considerando a análise do quadro resumo anterior, podemos sintetizar a informação dele explicitada, referindo as frequências major dos idosos por cada grupo de dependência, consoante as variáveis independentes. Assim, o grupo dos idosos independentes é constituído fundamentalmente por pessoas da quarta idade, do género feminino, não casadas, analfabetas, com médio ou alto estatuto socioeconómico, utentes de um SAD, cuja doença crónica mais prevalente é a músculo-esquelética, com rendimento inferior ao salário mínimo nacional, em que o serviço de apoio mais frequente é prestado pelas ajudantes familiares, em que a maioria tem internamentos hospitalares inferiores a dois, a solidão e agitação é sentida por metade do grupo, têm baixas atitudes positivas face ao próprio envelhecimento, são bem nutridos, consideram ter boa saúde física, uma actividade física e mental não exigente, uma boa condição física, apresentam problemas de sono, uma boa audição e visão, nunca fumaram durante um ano e consomem bebidas alcoólicas regularmente. Quanto ao grupo dos idosos dependentes ligeiros, este é constituído maioritariamente por pessoas da quarta idade, do género feminino, não casadas, alfabetizadas, com médio ou alto estatuto socioeconómico, utentes de um CD, cuja doença crónica mais prevalente é a cardiovascular, com rendimento inferior ao salário mínimo nacional, em que o serviço de apoio mais frequente é prestado pelas ajudantes familiares, em que a maioria tem internamentos hospitalares superiores a um, a solidão e agitação são altas, têm baixas atitudes positivas face ao próprio envelhecimento, estão em risco de

desnutrição, consideram ter fraca saúde física, uma actividade física exigente e uma actividade mental não exigente, uma fraca condição física, apresentam problemas de sono, uma boa audição e visão, nunca fumaram durante um ano e consomem bebidas alcoólicas ocasionalmente. Por fim, o grupo dos idosos com dependência grave é preponderantemente constituído por pessoas da quarta idade, do género feminino, não casadas, alfabetizadas, com baixo estatuto socioeconómico, utentes de um ULDM, cuja doença crónica mais prevalente é a cardiovascular, com rendimento inferior ao salário mínimo nacional, em que o serviço de apoio mais frequente é prestado pelas ajudantes familiares, em que a maioria tem internamentos hospitalares superiores a um, a solidão e agitação é elevada, têm baixas atitudes positivas face ao próprio envelhecimento, estão em risco de desnutrição, consideram ter fraca saúde física, uma actividade física exigente e uma actividade mental não exigente, uma fraca condição física, apresentam problemas de sono, uma boa audição e uma fraca visão, nunca fumaram durante um ano e consomem bebidas alcoólicas ocasionalmente. Assim, os aspectos variáveis que diferenciam os grupos, podem resumir-se a: habilitações literárias; estatuto socioeconómico; resposta social; doença crónica; internamentos hospitalares; estado nutricional; saúde física; actividade física; condição física; visão; consumo de bebidas alcoólicas.

2. ANÁLISE INFERENCIAL

Segundo Gageiro & Pestana (2008), a análise inferencial permite, com base nos elementos observados, tirar conclusões para um domínio mais vasto de onde esses elementos provieram. As inferências, que requerem o conhecimento das probabilidades, são feitas através de estimação pontual, de intervalos de confiança e de testes estatísticos paramétricos ou não paramétricos, aplicados a amostras aleatórias.

Previamente à realização dos testes estatísticos inferenciais procedeu-se á análise da normalidade da variável dependente, não se tendo verificado o pressuposto da normalidade na amostra utilizada, pelo que foram utilizados apenas testes não paramétricos. Na interpretação dos resultados dos testes utilizou-se 0,05 como nível de significância crítico.

2.1 RELAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA E AS VARIÁVEIS BIOLÓGICAS

H1: A *Idade* influencia o *Grau de dependência* do idoso

Esta hipótese foi testada através do teste de Mann-Whitney para dois grupos independentes, devido à violação da normalidade da variável central.

Tendo por base as informações apresentadas no Quadro 33, verifica-se que entre os grupos independentes, que incluem no primeiro grupo os idosos na *Terceira idade* e no segundo grupo os idosos na *Quarta idade*, não há diferenças significativas ($p>0,05$) no grau de dependência dos mesmos. Assim, a hipótese não é corroborada pelos dados encontrados, no entanto, observa-se pelo *mean rank*, que o grau de dependência é mais baixo na terceira idade (51,20) do que na quarta idade (47,15).

Quadro 34: Resultado do teste de Mann-Whitney para a variável independente *Idade*

Test Statistics ^a	
	Grau dependência
Mann-Whitney U	937,500
Wilcoxon W	3017,500
Z	-,676
Asymp. Sig. (2-tailed)	,499

a. Grouping Variable: idade 2 grupos

H2: O *Gênero* influencia o *Grau de dependência* do idoso

Esta hipótese foi testada através do teste de Mann-Whitney para dois grupos independentes, devido à violação da normalidade da variável central.

Tendo por base as informações apresentadas no Quadro 34, verifica-se que entre os grupos independentes, que incluem no primeiro grupo os idosos do *Gênero masculino* e no segundo grupo os idosos do *Gênero feminino*, não há diferenças significativas ($p>0,05$) no grau de dependência dos mesmos. Assim, a hipótese não é corroborada pelos dados encontrados, no entanto, observa-se pelo *mean rank*, que o grau de dependência é mais elevado nas mulheres idosas (45,45) do que nos homens idosos (55,22).

Quadro 35: Resultado do teste de Mann-Whitney para a variável independente *Género*

Test Statistics ^a	
	Grau dependência
Mann-Whitney U	788,500
Wilcoxon W	2999,500
Z	-1,600
Asymp. Sig. (2-tailed)	,109

a. Grouping Variable: género

H3: As *Doenças crónicas* influenciam o *Grau de dependência* do idoso

Esta hipótese foi testada através do teste de Mann-Whitney para dois grupos independentes, devido à violação da normalidade da variável central.

Pela análise da tendência central do grau de dependência entre os grupos independentes, que incluem no primeiro grupo os idosos com uma doença crónica e no segundo grupo os idosos sem essa doença crónica, denota-se que a maioria das *Doenças crónicas* mais prevalentes não são um factor significativo na dependência dos mesmos. Os dados obtidos através do teste estatístico aplicado com o intuito de testar a hipótese em estudo (Quadro 35), evidenciam que apenas a presença de *doenças neurológicas* apresenta diferenças significativas ($p < 0,05$) no grau de dependência dos idosos. Assim, a hipótese é apenas corroborada pelos dados encontrados, relativamente às *doenças neurológicas*, observando-se que estas têm um impacto significativamente positivo na dependência dos idosos (*mean rank* = 36,68 com doença neurológica; *mean rank* = 57,69 sem doença neurológica).

Quadro 36: Resultados do teste de Mann-Whitney para a variável independente *Doenças crónicas*

Doenças crónicas	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	p
Cardiovasculares	1018,500	1613,500	-,273	,785
Músculo-esqueléticas	955,500	1901,500	-1,362	,173
Neurológicas	637,500	1540,500	-3,685	,000
Oftalmológicas	948,500	1413,500	-,330	,742
Metabólicas	866,000	1272,000	-,697	,486

H4: O *Estado nutricional* influencia o *Grau de dependência* do idoso.

Esta hipótese foi testada através do coeficiente de correlação de Ró de Spearman e do teste de Kruskal-Wallis para três grupos independentes, pelo facto do não cumprimento do pressuposto da normalidade da variável dependente.

A relação existente entre o *Estado nutricional* e o *Grau de dependência* (Quadro 36), é na amostra estudada forte ($r = 0,619$; $p = 0,000$). Assim, dada a correlação fortemente positiva, induz-se que quanto melhor é o *Estado nutricional*, menor é o grau de dependência, ou seja, mais independentes são os idosos. Verifica-se ainda que 38,31% ($r^2 = 0,3831$) da variação do *Grau de dependência* é explicada pelo *Estado nutricional*, sendo os restantes 61,69% explicados por outros factores.

Quadro 37: Matriz de correlações bivariadas de Spearman para a variável independente *Estado nutricional*

Correlations				
			Grau dependência	Estado nutricional
Spearman's rho	Grau dependência	Correlation Coefficient	1,000	,619**
		Sig. (2-tailed)		,000
		N	96	96
	Estado nutricional	Correlation Coefficient	,619**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	
		N	96	96

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Como se verifica pela análise do Quadro 37 apresentado, a hipótese é corroborada através dos dados encontrados, o que significa que entre os três grupos independentes, que incluem no primeiro grupo os idosos *desnutridos*, no segundo os idosos em *risco de desnutrição* e por último os *bem nutridos*, verifica-se uma diferença significativa no grau de dependência dos mesmos. Comparando os três grupos, observa-se mais uma vez que a dependência é maior nos desnutridos ($mean\ rank = 35,45$) sendo menor nos idosos em risco de desnutrição ($mean\ rank = 37,6$) e muito baixa nos idosos bem nutridos ($mean\ rank = 73,2$).

Quadro 38: Resultado do teste de Kruskal-Wallis para a variável independente *Estado nutricional*

Test Statistics ^{a,b}	
	Grau dependência
Chi-Square	34,691
Df	2
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: estado nutricional 3 grupos

2.2 RELAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA E AS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS

H5: O *Estado de ânimo* influencia o *Grau de dependência* do idoso

Esta hipótese foi testada através do teste de Mann-Whitney para dois grupos independentes, devido à violação da normalidade da variável central.

Pela análise do parâmetro de localização do grau de dependência entre os grupos independentes, que incluem os grupos com pontuação de 1 e 2 para cada dimensão, denota-se que nas várias dimensões do *Estado de ânimo*, apenas as *Atitudes face ao envelhecimento* surge como factor significativo na dependência dos mesmos. Os dados obtidos através do teste estatístico aplicado com o intuito de testar a hipótese em estudo (Quadro 38), evidenciam que nas sub-escalas *Solidão*, *Agitação* não apresentam diferenças significativas ($p > 0,05$) no grau de dependência dos idosos. Quanto às *Atitudes face ao envelhecimento* verifica-se uma diferença significativa no grau de dependência entre os grupos ($p < 0,05$). Assim, a hipótese é apenas corroborada quanto à dimensão das atitudes face ao envelhecimento da Escala de ânimo. Comparando os dois grupos, observa-se que o grau de dependência é superior nos idosos com baixas atitudes positivas face ao envelhecimento ($mean\ rank = 44,17$) relativamente aos idosos com elevadas atitudes positivas face ao envelhecimento ($mean\ rank = 62,24$).

Quadro 39: Resultados do teste de Mann-Whitney para a variável independente *Estado de ânimo*

Ânimo	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	p
Solidão	967,000	2678,000	-1,016	,309
Agitação	861,000	2877,000	-1,384	,166
Atitudes face envelhecimento	523,500	3224,500	-2,726	,006

H6: A *Saúde percebida* influencia o *Grau de dependência* do idoso

Esta hipótese foi testada através do teste de Mann-Whitney para dois grupos independentes, devido à violação da normalidade da variável central.

Pela análise da tendência central do grau de dependência entre os grupos independentes, que incluem dois grupos com graduações diferentes para cada item de cada indicador, denota-se que nos vários itens seleccionados, surgem como factores significativos na dependência dos mesmos, os itens: *consumo de álcool*; *condição física*; *saúde geral*. Os dados obtidos através do teste estatístico aplicado com o intuito de testar a hipótese em estudo (Quadro 39), evidenciam que nos itens *consumo de tabaco*, *sono*, *visão*, *audição*, *actividade mental e física* não apresentam diferenças significativas ($p > 0,05$) no grau de dependência dos idosos. Assim, a hipótese é apenas corroborada pelos dados encontrados, relativamente à saúde em geral ($p = 0,001$), condição física ($p = 0,00$) e consumo de álcool ($p = 0,00$). Observa-se que: a auto-avaliação positiva da *saúde geral* dos idosos tem um impacto negativo na dependência dos mesmos, isto é, quanto melhor é a percepção da sua saúde em geral mais baixo é o grau de dependência (*mean rank* = 60,76 para boa saúde geral; *mean rank* = 41,47 para fraca saúde geral); a auto-avaliação positiva da *condição física* dos idosos influencia negativamente a dependência, ou seja, quanto melhor a percepção da sua condição física mais baixo é o grau de dependência destes (*mean rank* = 62,2 para boa condição física; *mean rank* = 39,53 para fraca condição física); o *consumo de álcool* é um factor protector quanto à dependência dos idosos, considerando que os idosos que bebem regularmente bebidas alcoólicas (*mean rank* = 71,27) são mais independentes do que os que consomem ocasionalmente (*mean rank* = 40,04).

Quadro 40: Resultados do teste de Mann-Whitney para a variável independente *Saúde percebida*

Saúde percebida	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	p
Saúde geral	638,500	2529,500	-3,281	,001
Actividade física	1089,000	2364,000	-,450	,653
Actividade mental	1047,000	1908,000	-,599	,549
Condição física	581,500	2292,500	-3,918	,000
Audição	1035,500	1630,500	-,142	,887
Visão	349,500	1430,500	-1,548	,122
Problemas de Sono	866,000	3011,000	-1,114	,265
Consumo tabaco	694,500	3469,500	-1,047	,295
Consumo álcool	318,000	2803,000	-4,904	,000

2.3 RELAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA E AS VARIÁVEIS SOCIAIS

H7: O *Estado civil* influencia o *Grau de dependência* do idoso

Esta hipótese foi testada através do teste de Mann-Whitney para dois grupos independentes, devido à violação da normalidade da variável dependente. Um dos grupos é constituído pelos idosos *casados* e o outro grupo pelos idosos *não casados*.

Como se verifica pela análise do Quadro 40 apresentado de seguida, podemos concluir que a hipótese é corroborada pelos dados encontrados através da aplicação do teste estatístico utilizado, dado que a diferença entre o centro de localização dos dois grupos é significativa ao nível de 0,05 ($p < 0,05$), observando-se pelo *mean rank*, que o grau de dependência é mais elevado nos idosos não casados (44,94) do que nos casados (62,92).

Quadro 41: Resultado do teste de Mann-Whitney para a variável independente *Estado civil*

Test Statistics ^a	
	Grau dependência
Mann-Whitney U	457,500
Wilcoxon W	3460,500
Z	-2,532
Asymp. Sig. (2-tailed)	,011

a. Grouping Variable: estado civil 2 grupos

H8: As *Habilitações literárias* influenciam o *Grau de dependência* do idoso

Esta hipótese foi testada através do teste de Mann-Whitney para 2 grupos independentes. Tais grupos independentes incluem, no primeiro grupo, os idosos *analfabetos* e, no segundo grupo, os que sabem pelo menos ler e escrever, que constituem os *alfabetizados*.

Como se pode verificar pela análise do Quadro 41, a hipótese não é corroborada pelos dados encontrados, pelo que, a diferença no grau de dependência entre os idosos alfabetizados e os analfabetos não é significativa ($p > 0,05$), apresentando uma significância de 0,581. Verifica-se, no entanto, que na amostra utilizada os analfabetos são mais independentes (*mean rank* = 50,23) que os idosos alfabetizados (*mean rank* = 47,09).

Quadro 42: Resultado do teste de Mann-Whitney para a variável independente *Habilitações literárias*

Test Statistics ^a	
	Grau dependência
Mann-Whitney U	1065,000
Wilcoxon W	2496,000
Z	-,552
Asymp. Sig. (2-tailed)	,581

a. Grouping Variable: habilitacoes literarias 2 grupos

H9: O *Estatuto socioeconómico* influencia o *Grau de dependência* do idoso

Esta hipótese foi testada através do teste de Mann-Whitney para dois grupos independentes, devido à violação da normalidade da variável central.

Pela análise da tendência central do grau de dependência entre os grupos independentes, que incluem no primeiro grupo os idosos com um *estatuto socioeconómico baixo* e no segundo grupo os idosos com *estatuto socioeconómico médio e alto*, denota-se que não há diferenças significativas ao nível de 0,05. Os dados obtidos através do teste estatístico aplicado com o intuito de testar a hipótese em estudo (Quadro 42), apresenta uma significância de 0,164 ($p > 0,05$). Assim, a hipótese não é corroborada pelos dados encontrados, relativamente ao *estatuto socioeconómico*. No entanto, observa-se na amostra utilizada que os idosos com baixo estatuto (menos diferenciado) são mais dependentes que os idosos do grupo com estatuto médio e elevado (mais diferenciado), apresentando um *mean rank* de 44,04 e de 51,97, respectivamente.

Quadro 43: Resultado do teste de Mann-Whitney para a variável independente *Estatuto socioeconómico*

Test Statistics ^a	
	Grau dependência
Mann-Whitney U	946,500
Wilcoxon W	1849,500
Z	-1,391
Asymp. Sig. (2-tailed)	,164

a. Grouping Variable: estatuto socioeconómico 2 grupos

H10: O *Rendimento per capita* influencia o *Grau de dependência* do idoso

Esta hipótese foi testada através do teste de Mann-Whitney para dois grupos independentes, devido à violação da normalidade da variável dependente.

Tendo por base as informações apresentadas no Quadro 43, verifica-se que entre os grupos independentes, que incluem no primeiro grupo os idosos com *Rendimento per capita inferior ao salário mínimo nacional* e no segundo grupo os idosos com um *Rendimento per capita igual ou superior ao salário mínimo nacional*, não há diferenças significativas ($p > 0,05$) no grau de dependência dos mesmos. Assim, a hipótese não é corroborada pelos dados encontrados, no entanto, observa-se pelo *mean rank*, que o grau de dependência é mais baixo nos idosos com rendimentos mais baixos (49,04) do que nos idosos com rendimentos acima do salário mínimo nacional (47,42).

Quadro 44: Resultado do teste de Mann-Whitney para a variável independente *Rendimento per capita*

Test Statistics^a

	Grau dependência
Mann-Whitney U	989,500
Wilcoxon W	1517,500
Z	-,269
Asymp. Sig. (2-tailed)	,788

a. Grouping Variable: rpc 2 grupos

H11: Os *Internamentos hospitalares* influenciam o *Grau de dependência* do idoso

Esta hipótese foi testada através do teste de Mann-Whitney para dois grupos independentes, devido à violação da normalidade da variável central.

Como se verifica pela análise do Quadro 44 apresentado, a hipótese é corroborada através dos dados encontrados, o que significa que entre os dois grupos independentes, que incluem no primeiro grupo os idosos com *até um internamento hospitalar* após os 65 anos e no segundo os idosos com *mais de um internamento hospitalar*, verifica-se uma diferença significativa no grau de dependência dos mesmos ($p < 0,05$). Comparando os dois grupos independentes, observa-se que a dependência é maior nos idosos com dois ou mais internamentos ($mean\ rank = 41,2$) do que nos idosos com menos de dois internamentos ($mean\ rank = 56,78$).

Quadro 45: Resultado do teste de Mann-Whitney para a variável independente *Internamentos hospitalares*

Test Statistics^a

	Grau dependência
Mann-Whitney U	775,000
Wilcoxon W	2101,000
Z	-2,748
Asymp. Sig. (2-tailed)	,006

a. Grouping Variable: internamentos hospitalares 2 grupos

H12: A resposta social formal influencia o grau de dependência do idoso

Esta hipótese foi testada através do teste de Kruskal-Wallis para vários grupos independentes, devido à violação da normalidade da variável central.

Como se verifica pela análise do Quadro 45 apresentado, a hipótese é corroborada através dos dados encontrados, o que significa que entre os quatro grupos independentes, que incluem no primeiro grupo os idosos inscritos no *serviço apoio domiciliário*, no segundo os idosos do *centro de dia*, no terceiro grupo os idosos inscritos num *lar ou residência de idosos* e no quarto grupo os idosos pertencentes a uma *unidade de longa duração e manutenção*, verifica-se uma diferença significativa no grau de dependência dos mesmos ($p < 0,05$). Comparando os respectivos grupos independentes, observa-se que a dependência é maior nos idosos das unidades de longa duração e manutenção ($mean rank = 19,77$), seguidos dos idosos dos lares ou residências de idosos ($mean rank = 45,5$), depois os do serviço de apoio domiciliário ($mean rank = 60,27$) e por fim os idosos do centro de dia ($mean rank = 68,46$), sendo estes últimos os mais independentes.

Quadro 46: Resultado do teste de Kruskal-Wallis para a variável independente *Resposta social formal*

Test Statistics^{a,b}

	Grau dependência
Chi-Square	42,822
Df	3
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: resposta social formal

H13: Os serviços de apoio formal influenciam o grau de dependência do idoso

Esta hipótese foi testada através do teste de Mann-Whitney para dois grupos independentes, devido à violação da normalidade da variável central.

Pela análise da tendência central do grau de dependência entre os grupos independentes, que incluem no primeiro grupo os idosos com um serviço de apoio formal e no segundo grupo os idosos sem esse serviço de apoio formal, denota-se que a maioria dos *Serviços Formais* são um factor significativo na dependência dos mesmos. Os dados obtidos através do teste estatístico aplicado com o intuito de testar a hipótese em estudo

(Quadro 47), evidenciam que apenas a presença do médico não apresenta diferenças significativas ($p < 0,05$) no grau de dependência dos idosos. Assim, a hipótese é corroborada pelos dados encontrados, relativamente aos seguintes serviços formais: enfermeiro, observando-se que a presença de um enfermeiro evidencia uma dependência maior dos idosos (*mean rank* = 40,96 com enfermeiro; *mean rank* = 59,53 sem enfermeiro); fisioterapeuta, observando-se que a presença de um fisioterapeuta evidencia uma dependência maior dos idosos (*mean rank* = 26,48 com fisioterapeuta; *mean rank* = 59,53 sem fisioterapeuta); nutricionista, observando-se que a presença de um nutricionista evidencia uma dependência maior dos idosos (*mean rank* = 30,25 com nutricionista; *mean rank* = 53,93 sem nutricionista); psicólogo, observando-se que a presença de um psicólogo evidencia uma dependência maior dos idosos (*mean rank* = 34,93 com psicólogo; *mean rank* = 52,53 sem psicólogo).

Quadro 47: Resultados do teste de Mann-Whitney para a variável independente *Serviços de Apoio Formal*

Serviços apoio formal	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	p
Enfermeiro	681,500	2334,500	-3,223	,001
Fisioterapeuta	333,000	768,000	-5,120	,000
Nutricionista	412,500	665,500	-3,517	,000
Psicólogo	515,500	768,500	-2,615	,009
Medico	674,000	3449,000	-1,226	,220

Em resumo, apresenta-se de seguida um quadro que representa a verificação das hipóteses formuladas, segundo a aplicação dos testes específicos utilizados.

Quadro 48: Resultados dos testes utilizados para testar as hipóteses formuladas (N=96)

	<i>Mean rank</i>	Teste	<i>p</i>
Idade			
3ª Idade		Mann-Whitney	,499
4ª Idade			
Género			
Feminino		Mann-Whitney	,109
Masculino			
Doenças crónicas			
Cardiovasculares		Mann-Whitney	,785
Músculo-esqueléticas			

Oftalmológicas			,742
Metabólicas			,486
Neurológicas			,000*
Estado nutricional			
Desnutrido	35,45		
Risco desnutrição	37,60	Kruskall-Wallis	,000*
Bem nutrido	73,20		
Solidão			
Alta		Mann-Whitney	,309
Baixa			
Agitação			
Alta		Mann-Whitney	,166
Baixa			
Atitudes face envelhecimento			
Altas	62,24	Mann-Whitney	,006*
Baixas	44,17		
Saúde física			
Boa	60,76	Mann-Whitney	,001*
Fraca	41,47		
Actividade física			
Exigente		Mann-Whitney	,653
Não exigente			
Actividade mental			
Exigente		Mann-Whitney	,549
Não exigente			
Condição física			
Boa	62,20	Mann-Whitney	,000*
Fraca	39,53		
Problemas sono			
Não		Mann-Whitney	,265
Sim			
Audição			
Boa		Mann-Whitney	,887
Fraca			
Visão			
Boa		Mann-Whitney	,122
Fraca			
Consumo tabaco			
Nunca fumou		Mann-Whitney	,295
Já fumou			
Consumo álcool			
Ocasionalmente	40,04	Mann-Whitney	,000*
Regularmente	71,27		

Estado civil			
Casado	62,92	Mann-Whitney	,011*
Não casado	44,94		
Habilitações Literárias			
Analfabeto		Mann-Whitney	,581
Alfabetizado			
Estatuto socioeconómico			
Baixo		Mann-Whitney	,164
Médio/alto			
Rendimento per capita			
Inferior SMN		Mann-Whitney	,788
Igual ou superior ao SMN			
Internamentos hospitalares			
Até um	56,78	Mann-Whitney	,006*
Mais de um	41,20		
Resposta social			
SAD	60,27	Kruskall-Wallis	,000*
CD	68,46		
LRI	45,50		
ULDM	19,77		
Serviços de apoio formal			
Enfermeiros		Mann-Whitney	,001*
Fisioterapeutas			,000*
Nutricionista			,000*
Psicólogo			,000*
Médico			,220

*significativo ao nível de 0,05

Considerando a análise do quadro resumo anterior, podemos sintetizar a informação dele explicitada, referindo as hipóteses confirmadas e as não confirmadas. Assim, foi confirmado que: as doenças crónicas e o estado nutricional influenciam o grau de dependência dos idosos; o ânimo e a saúde percebida influenciam o grau de dependência dos idosos; o estado civil, os internamentos hospitalares, a resposta social e os serviços de apoio formal influenciam o grau de dependência dos idosos. Ficaram de resto por confirmar que a idade, o género, as habilitações literárias, o estatuto socioeconómico e o rendimento per capita influenciam o grau de dependência dos idosos.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Num trabalho de investigação, a simples apresentação dos resultados não tem significado, senão acompanhado de uma discussão na qual o investigador lhe dá significação, tendo por base o modelo teórico estabelecido (Fortin, 1999).

Após apresentação e análise dos dados obtidos, tendo por base os objectivos preestabelecidos, irá-se proceder á interpretação e discussão dos resultados obtidos, confrontando-os entre si e com o quadro conceptual de referência. Tal discussão é efectuada no sentido de promover uma reflexão, criar opções para que a intervenção em Gerontologia seja mais direccionada para as necessidades das pessoas idosas que atravessam este processo de declínio do seu desempenho funcional.

A realização deste trabalho de investigação tem como questão de partida saber quais os factores que influenciam o grau de dependência dos idosos, tendo em conta a multicausalidade biopsicossocial inerente a este conceito.

Na análise estatística dos dados obtidos verificámos que os factores de ordem biológica influenciam o grau de dependência dos idosos com suporte social formal.

Relativamente à variável idade constatámos uma maior prevalência de idosos com mais de 78 anos (aqui considerada como quarta idade), o que consubstancia o prognóstico demográfico de Walker (2002) relativo à população portuguesa, no contexto europeu, onde refere que o aumento nos muitos idosos (com mais de 80 anos) será o mais significativo. Considerando que a investigação tem demonstrado a estreita ligação entre dependência e idade, sendo que a percentagem de indivíduos que apresentam limitações na capacidade funcional aumenta ao considerar-se coortes populacionais de idades mais avançadas, principalmente depois dos 75 ou 80 anos (Figueiredo, 2007), os resultados deste estudo não vêm confirmar esta teoria, no entanto, verifica-se na amostra utilizada que o grau de dependência é mais elevado nos idosos com mais de 78 anos, embora esta diferença não tenha sido significativa.

Quanto á variável género, verificou-se uma maior prevalência de mulheres do que de homens, o que representa bem a população em estudo, já que, como indicam os dados demográficos do INE (2002) dos 1 702 120 idosos, em 2001, 715 073 são homens (42%) e 987 047 são mulheres (58%). A superioridade numérica das mulheres, que é devida à maior esperança de vida, aumenta, naturalmente, com o avançar da idade, sendo que as diferenças entre a relação de masculinidade da população total e a da população idosa são

bem evidentes: 93,4 e 72,4, respectivamente. Por outro lado, os resultados de um estudo recente sobre a caracterização da qualidade de vida e bem-estar de idosos com 75 ou mais anos numa amostra portuguesa (Sousa, Galante & Figueiredo, 2002, citados por Ribeiro, 2005), evidenciam a presença de um índice superior de limitações funcionais nas mulheres idosas, apresentando estas também mais doenças crónicas que os homens. Já os resultados obtidos no presente estudo não vieram demonstrar que o género influencia o grau de dependência dos idosos, apesar de se observar que as mulheres apresentam um grau de dependência mais alto do que os homens na amostra estudada.

No que concerne às Doenças crónicas, verificou-se uma prevalência elevadíssima de pelo menos uma condição crónica na amostra utilizada, o que vem reforçar os estudos já realizados anteriormente em que se estima, actualmente, que 80% das pessoas idosas padeçam, pelo menos, de uma doença crónica e para muitos verifica-se a presença de duas ou mais destas condições (Figueiredo, 2007). Contrariamente ao modelo conceptual que considera a doença crónica como uma das maiores causas de incapacidade, significando a perda de independência (Figueiredo, 2007), este estudo encontrou apenas uma relação positiva significativa entre doença neurológica e dependência, sendo que todas as outras doenças crónicas testadas não são factor significativo na dependência dos idosos, o que traduz o que os estudos referidos por Berger (1995, c)) nos dizem, em que as doenças crónicas associadas à dependência não abrangem senão uma pequena percentagem da população idosa (cerca de 7%), contrariando a ideia prevalente de que a doença e a dependência são sinónimos.

Pela análise dos resultados podemos verificar que a desnutrição é um problema a considerar, dada a sua prevalência e à presença elevada do risco de desnutrição constatada na amostra estudada. Segundo Pallàs (2005), a prevalência da desnutrição nesta população varia de acordo com o local de residência, pela presença de doença aguda e pela multiplicidade de métodos de avaliação, pelo que os dados que se conhecem actualmente são bastante dispares: idosos que residem no seu domicílio, varia entre 1-15%; idosos internados num hospital de agudos, varia entre 35-65%; idosos em instituições geriátricas de longa duração, varia de 25-60%. Neste sentido o resultado obtido traduz esta variabilidade dado os diferentes locais de residência dos idosos, considerando que o método de avaliação foi o mesmo e não se verificou a presença de nenhuma doença aguda. Através do estudo elaborado e após se ter procedido à análise da influência do Estado Nutricional no grau de dependência dos idosos, constatou-se que, existe uma correlação

forte e positiva entre estas variáveis, o que significa que a desnutrição diminui a capacidade funcional do idoso. Como refere Pallàs (2005), a desnutrição é sobretudo a mais prevalente dos problemas de saúde relacionados com a má alimentação dos idosos na idade avançada, com implicações directas sobre a sua capacidade funcional. Com base em Sanz & Zauny (2004), os idosos desnutridos apresentam uma diminuição das defesas imunológicas, aumento da incidência de úlceras de pressão, má cicatrização de feridas, diminuição da capacidade funcional, internamentos hospitalares mais prolongados e mais frequentes nos períodos agudos das doenças e aumento da mortalidade. Já Pallàs (2005), referindo-se às consequências da desnutrição, algumas já referidas atrás, salienta: as alterações da função imunitária, com elevada incidência de infecções; a fragilidade ou menor capacidade de reserva orgânica, imobilidade, incontinência de esfíncteres, estados confusionais agudos, úlceras de decúbito e anorexia; menor reposta à medicação e cascata de problemas de saúde, com internamentos hospitalares repetidos e prolongados e sobrevivências curtas. Neste sentido, este estudo veio confirmar, que a desnutrição tem um impacto significativamente negativo no desempenho das actividades básicas de vida diária.

Na análise estatística dos dados obtidos verificámos que os factores de ordem psicológica influenciam o grau de dependência dos idosos com suporte social formal.

A hipótese da existência de relação entre o Estado de Ânimo e o grau de dependência foi confirmada pelos resultados no que concerne à dimensão das atitudes face ao envelhecimento. No que concerne ao sentimento de solidão, verificou-se na amostra estudada que uma grande percentagem de idosos com suporte social formal experimenta este sentimento com elevada prevalência, o que condiz com os dados empíricos de outros estudos realizados anteriormente. Paúl (1992), concluiu a partir de um estudo que o sentimento de solidão surge como principal aspecto de toda a problemática relativa à satisfação de vida, independentemente do contexto em que o idoso vive. Já Walker (1996), citado por Fernandes (2005), refere que 10% a 14% dos idosos sentem solidão. Apesar da solidão aparecer como uma das causas de dependência nos idosos, sugerindo uma explicação centrada em factores de natureza essencialmente psicológica, neste estudo não se pode concluir tal relação. Esta teoria defende que a dependência não decorre automaticamente de problemas relacionados com o envelhecimento biológico, mas que deve ser vista como consequência de condições sociais e individuais específicas, de que resulta uma tendência para sobreproteger os idosos e negligenciar as suas áreas fortes. A dependência pode então ser aprendida e funcionar de forma adaptativa, e nesta medida, ser

exercida como meio de controlo passivo sobre o ambiente, evitando a solidão. Relativamente às atitudes positivas face ao envelhecimento dos idosos estudados, que traduz a capacidade de auto-eficácia como aspecto fundamental para um envelhecimento activo, parecem influenciar significativamente o grau de dependência dos idosos com suporte social formal. Observou-se uma elevada percentagem de baixas atitudes positivas face ao envelhecimento na amostra utilizada, o que representa um baixo controlo e auto-determinação dos idosos no contexto das respostas sociais seleccionadas. Os estudos referem que, na oposição da manutenção do controlo, surgem como consequências claras o declínio cognitivo e funcional observado nomeadamente em situações institucionais (Paúl, 1997). Neste estudo mostra-se que quantas mais elevadas são as atitudes positivas face ao próprio envelhecimento, maior é a capacidade funcional no desempenho das actividades básicas de vida diária. Este facto vai de encontro ao que vários investigadores referem na relação entre as crenças de controlo e a incapacidade. Seeman et al. (1999), citado por Paúl (2006), demonstraram que uma baixa crença de auto-determinação instrumental prevê declínios no estatuto funcional de homens e mulheres, independentemente das variáveis sócio-demográficas, estado de saúde e comportamentos de saúde, confirmando o impacto destas crenças na percepção de incapacidade funcional, independentemente das capacidades físicas subjacentes. Por outro lado, as conclusões do estudo obtidas por Mendes de Leon et al. (1996), citados por Paúl (2006), encontraram um efeito amortecedor da auto-determinação no declínio funcional face à capacidade física diminuída, sendo que uma capacidade de auto-determinação elevada estava associada menos declínio funcional, entre idosos que mostravam diminuição da capacidade física. A auto-determinação elevada permite que os idosos continuem a realizar as actividades básicas de vida diária quando a sua capacidade está em risco de diminuir. Segundo Paúl (2006), está provado que os indivíduos com auto-percepção mais positiva do envelhecimento vivem mais (cerca de 7,5 anos) e melhor (com mais vitalidade), com base nas investigações de Levy, Slade & Kunkel (2002).

Quanto à Saúde percebida, podemos constatar que existe uma relação significativa entre a auto-avaliação da saúde física e o grau de dependência, podendo-se prever que quanta mais fraca for a saúde percebida, mais baixa é a autonomia e menos activos são os idosos, tal como, da mesma forma em relação à auto-avaliação da condição física. Com base no modelo conceptual subjacente, como refere Rothermund & Brandtstadter (2003), citados por Amado, Fonseca, Martín & Paúl (2005), as dificuldades dos idosos em termos

de saúde, associados à presença de doenças, não têm um grande impacto negativo no bem-estar psicológico dos mesmos, já que esta constatação poderá explicar-se através de um processo dual de *coping*, usado pelos idosos para se ajustarem às suas dificuldades. O estudo EXCELSA, realizado por Cerejo, Cruz, Fonseca & Paul (2001), citados por Fonseca (2006, b)), permitiu demonstrar que os idosos que se auto-avaliam como tendo melhor saúde, apresentam melhores resultados em provas de natureza cognitiva, fazem mais actividade física, tem menos problemas de saúde e menor consumo de bebidas alcoólicas. Os resultados obtidos e os dados anteriormente referidos confirmam que a saúde percebida, constitui um importante critério do qual é possível predizer um envelhecimento activo. Ainda relativo ao conceito de Saúde percebida, verificou-se na análise dos resultados que o consumo regular de bebidas alcoólicas demonstra ser um factor protector quanto à dependência dos idosos, o que se pode justificar apenas com base em vários estudos que têm vindo a referir que o consumo moderado de álcool está associado diminuição da incidência de doenças cardiovasculares, em algumas populações (American Heart Association, 2010), o que de acordo com os resultados deste estudo a presença de doenças neurológicas, como acidentes vasculares cerebrais, é um factor determinante para uma maior dependência.

Na análise estatística dos dados obtidos verificámos que os factores de ordem sociológica influenciam o grau de dependência dos idosos com suporte social formal.

Em relação às habilitações literárias e rendimento per capita, verificou-se pelos resultados observados que a amostra é constituída por uma grande percentagem de idosos analfabetos e com rendimentos inferiores ao salário mínimo nacional, o que caracteriza esta população com tendo baixo nível de educação e poucos rendimentos, o que concorda com os dados relativos a 2001 em que a taxa de iliteracia entre os idosos, ainda que em plano descendente dada a renovação geracional, continua a ser muito elevada (55,1%), sendo ainda mais expressiva nas mulheres, com 64,7%, do que nos homens, com 41,3% (INE, 2002). A relação entre estas variáveis e o grau de dependência, não foi verificada pelos resultados, no entanto, quanto mais elevado é o grau de educação e o rendimento, mais elevado é o grau de dependência na amostra seleccionada, o que contraria os estudos anteriormente realizados.

Quanto ao estatuto socioeconómico, verificou-se que a um elevado estatuto está associado uma maior independência, o que ficou por esclarecer e comprovar na sua relação efectiva pelo teste de hipótese.

Relativamente ao Estado civil a maior percentagem de idosos encontra-se viúvo, o que demonstra a sua elevada prevalência na faixa etária da amostra estudada, em que a maioria são mulheres e com mais de 78 anos. Já a hipótese de existência de relação entre o Estado civil e o grau de dependência, foi confirmada pelos resultados, demonstrando-se uma diferença significativa entre os idosos casados e não casados, sendo que nos primeiros o grau de dependência é mais baixo e nos idosos não casados a dependência é significativamente maior. Este facto pode ser explicado segundo o modelo de Baltes & Carstensen (1999), citados por Fonseca (2006,a)), em que a dependência pode ser aprendida e funcionar de forma adaptativa, e nesta medida, ser exercida como meio de controlo passivo sobre o ambiente, evitando a solidão, considerando que o casamento pode servir como protecção contra a solidão e assim evitar a dependência, apesar dos resultados quanto ao nível de solidão (da escala de ânimo) não evidenciarem esta diferença.

No que concerne aos internamentos hospitalares, ficou claramente comprovado a relação estreita entre o número de internamentos e o grau de dependência, em que ao maior número de internamentos corresponde um elevado grau de dependência. Este dado deve-se sem dúvida ao facto da hospitalização ser considerada de grande risco para este grupo populacional, pois pode ter como repercussões uma diminuição da capacidade funcional e alterações na qualidade de vida do idoso, muitas vezes, irreversíveis (Cordeiro, Perracini, Ramos & Siqueira, 2004).

Constatou-se pela análise dos resultados que a resposta social formal e os serviços de apoio prestados nas mesmas, influenciam o grau de dependência dos idosos. Esta diferença demonstrou ser significativa entre os vários estratos desta população, sendo que de forma crescente se verifica que dos CD, passando de seguida para os SAD e depois para os LRI, terminando nas ULDM o grau de dependência vai aumentando. Estes dados confirmam o que tem caracterizado cada uma destas categorias de resposta social formal. O Centro de Dia é uma resposta que possibilita às pessoas novos relacionamentos e elos de ligação com o exterior, através do estabelecimento de contactos com os colaboradores, voluntários, utentes e pessoas da comunidade, em que os serviços de apoio são fundamentalmente prestados por ajudantes familiares e animadores socioculturais, recorrendo normalmente a esta resposta idosos independentes. Já o Serviço de Apoio Domiciliário pretende prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar, apoiando os utentes e famílias na satisfação das necessidades básicas e actividades de vida diária, em que os serviços de apoio são prestados

somente por ajudantes familiares, pelo que se verifica nesta resposta a existência de um maior número de idosos que embora possam residir no seu domicílio já apresentam maior índices de dependência. O Lar ou Residência de Idosos desenvolve actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, em que os serviços de apoio são mais abrangentes prestados normalmente por ajudantes familiares, animadores socioculturais, enfermeiros e médicos, e onde residem fundamentalmente idosos com dependência em mais do que uma actividade básica de vida diária e por isso com maior grau de dependência. A Unidade de Longa Duração e Manutenção é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidados no domicílio, tendo por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio, em que os serviços de apoio prestados incluem uma equipa de saúde multidisciplinar, onde estão representados enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, psicólogos e nutricionistas, e sendo assim nesta resposta permanecem idosos com níveis elevados de dependência, sem potencial de recuperação, em que a dependência em todas as actividades básicas de vida diária são frequentes.

Com o presente trabalho, verificou-se existir resultados que reforçam e alteram o conhecimento estabelecido descrito na literatura, criando novos dados para o conhecimento científico em Gerontologia desenvolvidos em Portugal. Ou seja, constatou-se que o estudo realizado demonstra que o índice de dependência dos idosos é influenciado pelos internamentos hospitalares, doenças neurológicas, pelas atitudes face ao envelhecimento, pelo estado nutricional, o que vem de encontro ao que alguns estudos realizados anteriormente evidenciam. Por outro lado não se confirma que a idade, o género, as habilitações literárias, o rendimento e a solidão influenciam significativamente a dependência nos idosos o que já alguns estudos anteriores indicavam. Verificou-se neste estudo que o estado civil, as repostas e serviços de apoio formal e saúde percebida influenciam o grau de dependência dos idosos, do qual nenhuma literatura faz prova de evidência científica.

CONCLUSÃO

O conceito de independência tem sido utilizado como referência na qualidade de vida dos idosos em toda a literatura de Gerontologia. Neste sentido, a conceptualização da dependência e o estudo das suas causalidades permitem construir um modelo explicativo da dependência do idoso, em que a compreensão destas causas serão importantes para desenvolver novas intervenções a utilizar durante a trajectória da experiência do envelhecimento, no sentido de promover a independência do idoso, constituindo um contributo importante para o desenvolvimento da Enfermagem Geriátrica. Isto porque, as actividades de Enfermagem devem assegurar a independência do idoso visando a satisfação de todas as suas necessidades essenciais, em todo o processo de saúde. No que se refere às componentes dos cuidados de Enfermagem Geriátrica, as intervenções dirigidas aos idosos doentes devem por isso ter sempre em conta as necessidades fundamentais do ser humano, baseando-se nas suas dimensões biológica, psicológica e social.

O estudo realizado permitiu desenvolver um modelo explicativo da dependência dos idosos, identificando um conjunto de factores determinantes, de ordem biopsicossocial, o que vem comprovar empiricamente a concorrência destes factores para envelhecer de forma independente, como descrito na literatura. No entanto, é importante referir algumas das limitações deste estudo, que puderam de algum modo influenciar os resultados do mesmo e que incluem: a recusa na participação, por desinteresse ou alienação; as dificuldades de compreensão e expressão, devido a défices cognitivos e sensoriais; ausência da instituição ou domicílio, por motivo de doença ou outros; intensidades das questões, por ser demasiado extenso o número total de perguntas.

Após a análise e discussão dos resultados, não basta chegar a uma conclusão, só porque se criou conhecimento e se desenvolveu um modelo, se dele não se retirar algumas implicações para a prática, que essas sim são as finalidades da investigação. E neste sentido, devem ser implementadas intervenções no contexto da prática clínica dos Enfermeiros Geriátricos, das quais podemos salientar:

- ⇒ Promover a saúde do idoso, através de um estilo de vida saudável, exercício físico regular e boa nutrição, para assim diminuir os factores de risco que previnem o aparecimento de doenças, nomeadamente as doenças neurológicas que demonstram ter um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa idosa;

- ⇒ Optimizar o estado nutricional dos idosos, pelo que a sua alimentação deverá fornecer quantidades correctas de proteínas de origem animal, de gorduras (privilegiando as de origem vegetal, nomeadamente o azeite), hidratos de carbono (havendo o cuidado de fornecer alimentos ricos em fibras alimentares que promovam o trânsito intestinal) e de micronutrientes;
- ⇒ Promover o controlo e a auto-determinação, escutando e dando poder de decisão ao idoso, sem sobreproteger e negligenciar a manutenção das suas capacidades, transmitindo uma imagem positiva do envelhecimento;
- ⇒ Resistir ao modelo biomédico, centrando o foco de atenção na pessoa que tem uma determinada patologia, em vez da patologia que a pessoa tem, integrando o conceito de saúde da OMS (como bem-estar físico, psicológico e social), valorizando por isso a capacidade funcional do idoso, sem deixar com certeza de tratar as doenças concomitantes;
- ⇒ Incentivar e promover actividades de convívio social (desportivas ou não) e desmistificar os estereótipos criados em relação ao desenvolvimento de novas relações amorosas, que leva muitas vezes o idoso a agir de acordo com as expectativas sociais;
- ⇒ Promover a autonomia pessoal e a mobilidade da pessoa idosa, no caso de internamento hospitalar, evitando a imobilidade e a substituição do auto cuidado, assumindo uma atitude promotora da recuperação ou manutenção das suas capacidades, uma vez que a limitação desenvolvida no hospital tem tendência a manter-se;
- ⇒ Adequar os serviços de apoio formal nas respostas sociais existentes, às necessidades dos idosos, constituindo equipas multidisciplinares e integradas das quais façam parte profissionais de saúde com formação adequada em Geriatria.

Assim, dada a pertinência dos resultados deste estudo e as implicações para a prática na promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses, como grupo heterogéneo e em constante modificação, oferecem-se inúmeras possibilidades para pesquisas futuras neste campo de investigação, contribuindo simultaneamente para a construção de uma individualização dos cuidados de Enfermagem em Geriatria.

BIBLIOGRAFIA

- Alto Comissariado da Saúde (2008). Envelhecimento e Saúde em Portugal, *PNS em Foco*, 2. Consultado a 26 Janeiro 2009. Disponível em www.min-saude.pt
- Amado, J., Fonseca, A., Martín, I. & Paúl, C. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In Fonseca, A. & Paúl, C. (ORG.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 77-98). Lisboa: Climepsi.
- American Heart Assotiation (2010). *Alcohol, Wine and Cardiovascular Disease*. Consultado a 9 de Abril de 2010. Disponível em www.americanheart.org
- Berger, L. (1995,a)). Aspectos biológicos do envelhecimento. In Berger, L. & Mailloux-Poirier, M., *Pessoas idosas: uma abordagem global* (M. Madeira, F. Silva, L. Abecassis, M. Rosa, Trad.) (pp. 123-156). Lisboa: Lusodidacta.
- Berger, L. (1995,b)). Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In Berger, L. & Mailloux-Poirier, M., *Pessoas idosas: uma abordagem global* (M. Madeira, F. Silva, L. Abecassis, M. Rosa, Trad.) (pp. 157-198). Lisboa: Lusodidacta.
- Berger, L. (1995,c)). Saúde e Envelhecimento. In Berger, L. & Mailloux-Poirier, M., *Pessoas idosas: uma abordagem global* (M. Madeira, F. Silva, L. Abecassis, M. Rosa, Trad.) (pp. 107-122). Lisboa: Lusodidacta.
- Bonfim & Saraiva (1996). *Guião Técnico Centro de Dia*. Consultado a 28 Maio 2009. Disponível em www.seg-social.pt
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In Fonseca, A. & Paúl, C. (ORG.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 113-135). Lisboa: Climepsi.
- Cabete, D. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital: o impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas* (pp. 33-38). Loures: Lusociência.
- Cerejo, A. et al. (1999). *Protocolo Europeu de Avaliação do Envelhecimento – Manual – Versão Portuguesa* (“The European Survey on Aging Protocol” - ESAP). Porto: ICBAS/UP
- Colaço, C., Loução, R. & Pereira, J. (1998). *Contributo para a adaptação e validação da Escala de Barthel: versão 1989*. Monografia de Licenciatura. Alcoitão: ESSA
- Conselho da Europa (1998). Recomendação nº R (98) 9 do Comité de Ministros aos Estados-Membros sobre a Dependência.
- Cordeiro, R., Perracini, M., Ramos, L. & Siqueira, A. (2004). Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos, *Revista Saúde Pública*, 38 (5), 687-694
- Correia, J. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta

- Correia, S., José, J., Wall, K. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções*. Consultado a 28 Janeiro 2009. Disponível em www.ics.ul.pt
- Portugal. Decreto-Lei nº 265/99 de 14 Julho. *Diário da Republica nº 162/99 – I Série A*
- Portugal. Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 Junho. *Diário da Republica nº 109/2006 – I Série A*
- Portugal. Despacho Normativo nº 12/98 de 25 Fevereiro. *Diário da Republica nº 47/98 – I Série B*
- Portugal. Despacho Normativo nº 62/99 de 12 Novembro. *Diário da Republica nº 264/99 – I Série B*
- Diniz, J. (2005). Abordar a funcionalidade no quadro do envelhecimento, *Cidade Solidária*, 13, 30-32
- Direcção Geral Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Consultado a 13 Novembro 2008. Disponível em www.dgs.pt
- Direcção Geral Saúde (2008). *Envelhecer com sabedoria: alimentar-se melhor para manter a sua saúde e independência*. Consultado a 11 Fevereiro 2009. Disponível em www.dgs.pt
- Faria, T. & Salgueiro, H. (2005). Envelhecimento activo: uma prioridade, *Nursing*, 199, 36-38
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora
- Fernandes, H. (2005). *Solidão na Velhice*. Comunicação apresentada no Workshop de Gerontotecnologia (UTAD), Vila Real. Consultado a 18 Junho 2009. Disponível em www.socialgest.pt
- Fernandez-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Pirâmide
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editora
- Fonseca, A. (2005). O Envelhecimento bem-sucedido. In Fonseca, A. & Paul, C. (ORG.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-308). Lisboa: Climepsi
- Fonseca, A. (2006, a)). *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora
- Fonseca, A. (2006, b)). Envelhecimento em Portugal: um olhar psicológico, *Povos e Culturas*, 10, 65-80
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência
- Gageiro, J. & Pestana, M. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª ed.) Lisboa: Edições Sílabo

- Gil, A. (1999). Redes de Solidariedade intergeracionais na velhice, *Cadernos de Política Social*, 1, 93-114
- Gil, A. (2008). Envelhecimento activo: complementaridades e contradições, *Fórum Sociológico*, Cesnova (no prelo), s/p
- Guerreiro (1993). *Mini-Mental State: adaptação Portuguesa*. Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de estudos Egas Moniz, Hospital de Santa Maria.
- Imaginário, C (2004). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*. Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional Estatística (2002). *O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Consultado a 26 Janeiro 2009. Disponível em www.ine.pt
- Instituto Segurança Social (a)) [s.d] *Manual dos Processos-chave Serviço de Apoio Domiciliário*. Consultado a 28 Maio 2009. Disponível em www.seg-social.pt
- Instituto Segurança Social (b)) [s.d] *Manual dos Processos-chave Centro de Dia*. Consultado a 28 Maio 2009. Disponível em www.seg-social.pt
- Jacob, L. (2005). *As Universidades da Terceira Idade: um exemplo de educação de adultos*. Consultado a 9 de Abril de 2010. Disponível em www.rutis.org
- Loureiro, M. (2008). *Validação do Mini Nutritional Assessment em idosos vivendo no domicílio*. Tese de Mestrado em Nutrição Clínica. Coimbra: FMUC.
- Moore, D., Moseley, S. & Palmer, B. (2009). Utilidade clínica das avaliações baseadas no desempenho do funcionamento diário nos adultos idosos. *Geriatrics*, 27 (5), 43-48
- Organização Mundial Saúde (2004). *Classificação internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (A. Leitão, Trad.). Consultado a 30 Novembro 2008. Disponível em www.inr.pt
- Organização Mundial Saúde (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde* (S. Gontijo, Trad.). Consultado a 29 Janeiro 2009. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br>
- Pallàs, M. (2002). *Importância de la Nutrición en la Persona de Edad avanzada*. Barcelona: Novartis
- Paul, C. (1992). Satisfação de vida em idosos, *Psychologica*, 8, 61-80
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idoso, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Fonseca, A. & Paul, C. (ORG.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-46). Lisboa: Climepsi
- Paúl, C. (2006). Do corpo à mente: envelhecimento e qualidade de vida, *Alimentação Humana*, 12 (1), 13-17

- Pedroso, S. & Portella, M. (2003). Solidão na Velhice: algumas reflexões a partir da compreensão de um grupo de idosos, *Boletim da Saúde*, 17 (2). Consultado a 19 Junho 2009. Disponível em www.socialgest.pt
- Peres, E. (1994). *Saber comer para melhor viver*. Lisboa: Caminho
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto.
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (3ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quaresma, M. (2004). Interrogar a independência. In Calado et al. (ORG.). *O Sentido das idades da vida: interrogar a solidão e a dependência* (pp. 37-50). Lisboa: Cesdet Editora
- Saldanha, H. (2006). Envelhecer em Portugal no início do século XXI, *Alimentação Humana*, 12 (1), 23-27
- Sanz, M. & Zauny, M. (2004). Malnutrición en el anciano. In Candela, C. & Fernández, J. (COORD.), *Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos* (pp. 35-42). Barcelona: Novartis.
- Ribeiro, O. (2005). Quando o cuidador é um homem. Envelhecimento e orientação para o cuidado. In Fonseca, A. & Paúl, C. (ORG.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 231-254). Lisboa: Climepsi
- Vieira, A. (2001). Nutrição e Envelhecimento. In Pinto, A. (COORD.), *Envelhecer vivendo* (pp. 145-153). Coimbra: Quarteto Editora
- Walker, A. (2002). Ageing in Europe: policies in harmony or discord?, *International Journal of Epidemiology*, 31, 758-761

ANEXOS

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS (FORMULÁRIO)

ANEXO B – MINI-MENTAL STATE (VERSÃO PORTUGUESA)

ANEXO C – ESCALA DE WARNER (AVALIAÇÃO ESTATUTO
SOCIOECONÓMICO PARA PORTUGAL)